This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Digitized by Google

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

La

Revue de Stomatologie

Digitized by Google

Digitized by Google

La

Revue de Stomatologie

MAGITOT : Fondateur

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr CRUET

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS, DENTISTE DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

Comité de rédaction :

Dr **Ferrier**, dentiste de l'hôpital de la Pitié.
Dr **Gaillard**, dentiste de l'hôpital Saint-Antoine.
Dr **Hugenschmidt**, M.D., D.D.S. de l'Université de Pensylvanie.
Dr **Pietkiewicz**, dentiste de l'Hôtel-Dieu.
Dr **Rodier**, dentiste de l'hôpital Lariboisière.
Dr **Sebileau**, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :

Le Docteur GIRES

D. D. S. DE L'UNIVERSITÉ DE PENSYLVANIE

Édité par G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, PARIS

Prix de l'abonnement : France..... **10** fr. | Étranger.... **12** fr.

VOLUME VI

1899

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
OCT 6 1920
LIBRARY

CATALOGUED
OCT 6 1920
M.E.C.

Digitized by Google

La

Revue de Stomatologie

BOSTON MEDICAL
OCT 6 1920
LIBRARY

AVANT-PROPOS

Je m'honore de continuer ou de reprendre le journal fondé par un maître éminent, Magitot, trop tôt enlevé à l'art dentaire et à la stomatologie qu'il avait illustrés par ses travaux. Je ne saurais oublier d'ailleurs que la vie tout entière de Magitot fut consacrée à la défense des intérêts les plus élevés d'une spécialité, qu'il n'avait jamais voulu séparer de la médecine et de la science, et qu'il s'efforça de mettre et de maintenir au même rang que les autres spécialités médicales ou chirurgicales. S'il n'a pas complètement réussi dans sa tâche, sa volonté et ses efforts n'ont pas été dépensés en pure perte ; les idées qu'il a défendues n'ont pas cessé de fructifier, et, malgré les apparences, sont peut-être plus près de leur réalisation qu'il n'avait pu l'espérer dans les dernières années de sa vie ; il suffit de constater le nombre croissant des médecins qui se consacrent à la pratique de la stomatologie.

Toutefois ce n'est pas sur cet ordre de questions que nous voulons insister aujourd'hui, et nous ne sommes inféodé pour notre part, ni à un nom, auquel nous tenons surtout à rendre hommage, ni à un dogme immuable, et peut-être devrons-nous nous placer sur un

Digitized by Google

plus large terrain. Pour l'heure, nous voulons tout simplement exposer ce que nous nous proposons de faire dans la *Revue de Stomatologie*, ou mieux ce que nous entendrons sous le nom de stomatologie. Ce sera le meilleur moyen d'éclairer nos lecteurs et de répondre à la préoccupation de tous ceux qui n'ont peut-être pas encore suffisamment compris la signification de ce terme, déjà ancien cependant (1), en tant qu'il s'applique à une spécialité médicale.

La stomatologie, prise dans son sens étymologique, comprend l'étude de toutes les maladies de la bouche, aussi bien que de toutes les particularités anatomiques et physiologiques de cette région, et cette étude, on le comprend, ne peut être exclusive d'une instruction et de connaissances générales en médecine et en chirurgie. Il n'est pas difficile de démontrer que dans la bouche, les dents, ou, selon une expression heureuse récemment employée par le Dr J. Tellier (2), la région gingivo-dentaire, occupent incontestablement la première place par leur fonction, la fréquence, les complications de leurs maladies et leurs rapports avec la plupart des affections buccales. Ceux qui se consacrent à l'étude et à la pratique de l'art dentaire, et qu'on dénomme habituellement dentistes, sont ainsi ou doivent être des stomatologistes ; et dans la réalité, c'est-à-dire dans l'exercice de la spécialité, les uns et les autres ne peuvent et ne doivent pas être séparés. C'est donc en vain qu'on s'efforcerait de vouloir créer à côté de la spécialité de dentiste celle de stomatologiste, et de rejeter dans cette dernière les médecins qui seraient d'ailleurs ignorants de l'art dentaire. Les médecins re-

(1) Si nous ne nous trompons, c'est le Dr Andrieu qui le premier a introduit dans la science le mot de stomatologie, en en faisant le titre d'un traité d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique dentaires, qui n'a jamais été achevé d'ailleurs (1868).

(2) *Des lésions des dents et de la muqueuse gingivale dans les diverses diathèses.*

Digitized by Google

vendiquent hautement leur qualité de dentistes et se font honneur de pratiquer leur art dans tout ce qu'il comporte de connaissances spéciales et techniques, mais à la condition que celles-ci soient corroborées et soutenues par la plus solide instruction médicale. Ce que l'on doit dire, c'est que le nom de dentiste qui, dans le passé, fut trop longtemps attribué à une catégorie de praticiens, ou même de simples mécaniciens, souvent dépourvus des connaissances les plus élémentaires en anatomie et en pathologie, serait insuffisant à l'heure actuelle, pour caractériser le spécialiste s'il devait conserver aux yeux du public son ancienne signification. C'est pour expliquer le sens actuel qu'il doit avoir, c'est pour le compléter, en l'élevant dans la hiérarchie médicale, et l'incorporer pour ainsi dire à la médecine générale, que le terme de stomatologie a été créé, et qu'il a été compris et adopté par les dentistes du monde entier, car il répondait au besoin qu'ils avaient de rattacher leur spécialité, par un lien scientifique, à toute la médecine. Je n'en veux pour preuve que le nombre des publications et des journaux de stomatologie, plus répandus encore à l'étranger qu'en France, et qui sont partout les organes des individualités, des groupes et des écoles dentaires. Ces journaux, dont quelques-uns jouissent d'une grande et légitime autorité, traitent non seulement des questions de pathologie et de thérapeutique dentaires, mais de toutes les maladies buccales et de voisinage, dont quelques-unes n'ont quelquefois que des rapports lointains avec les affections dentaires. Ce sont d'ailleurs les mêmes questions que l'on trouve développées plus ou moins dans tous les traités anciens ou récents de chirurgie dentaire.

Pour nous, nous ne suivrons pas un autre programme et n'avons la prétention de rien innover. La *Revue de Stomatologie* sera avant tout un journal scientifique c'est-à-dire faisant appel à toutes les ressources de la

Digitized by Google

science médicale, dans l'ordre anatomique, histologique, etc., pour résoudre les questions variées qui se rattachent à la pathologie, à la thérapeutique dentaire ou buccale ; mais elle s'efforcera également d'être un journal pratique, ne négligeant et ne dédaignant aucune des questions techniques, mécaniques, manuelles même, qui ont une si grande importance dans l'exercice d'une spécialité. Nous n'ignorons pas que le nombre des médecins, qui pratiquent exclusivement l'art dentaire en France, et dans quelques pays étrangers, est encore restreint et constitue une minorité ; mais nous savons aussi que le nombre est considérable des médecins, qui sans être spécialistes, s'intéressent aux questions de stomatologie, et soignent au besoin les affections des dents et de la bouche. Nous nous adressons à ceux-là. Mais dans l'état actuel des choses, ce serait mal comprendre le rôle d'un journal, et faire preuve d'esprit étroit que de ne le destiner qu'à une seule catégorie de lecteurs ; nous voulons être utiles à tous ceux qui exercent à un titre quelconque, sous l'autorité de la loi, la spécialité de dentistes et sont encore le plus grand nombre. Si l'on peut envisager un autre avenir, celui où la profession unifiée, réunira dans un titre commun, tous ceux qui la pratiquent, il faut le préparer en améliorant la situation actuelle, en faisant entrevoir à ceux qui les ignorent les bienfaits de l'instruction et l'utilité des connaissances scientifiques ; et ce sont ceux-là mêmes qui imposeront, l'heure venue, les réformes nécessaires à leurs successeurs et aux pouvoirs publics. Voulant être utile à tous, nous faisons appel au concours de tous indistinctement.

L. Cruet.

Digitized by Google

MÉMOIRES ORIGINAUX [1]

TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE

PAR

le Docteur J. Redier

Professeur à l'Université catholique de Lille.

La carie dentaire, lésion de cause externe, débute toujours par la surface extérieure de l'organe, sur un point de la couronne dans l'immense majorité des cas, exceptionnellement au voisinage du collet, sur la racine, lorsque celle-ci a été découverte par quelque lésion préexistante.

Ce fait du début toujours *externe* de la carie n'est plus contesté aujourd'hui ; et si l'on a admis autrefois des caries *internes* à l'origine, il n'y a plus lieu de s'arrêter à réfuter une opinion qui n'a pu avoir cours qu'à la suite d'observations erronées.

Laissant de côté les faits exceptionnels de carie radiculaire pour n'envisager que les cas ordinaires, nous voyons que l'émail est d'abord le siège de la lésion. C'est tantôt un point très limité de ce revêtement protecteur, tantôt une petite étendue de sa surface qui subit la décalcification. L'ivoire ne tarde pas à être dénudé et dès lors la lésion envahit ce tissu d'autant plus facilement que sa richesse en matériaux calcaires est moindre et qu'il est creusé d'une multitude de canalicules dans lesquels s'insinuent les agents destructeurs (acides et micro-organismes) dont l'action s'exerce ainsi à la fois en surface et en profondeur.

La carie de l'ivoire se traduit donc par la formation d'une cavité qui, en raison même de la direction des ca-

(1) *La Nirvanine. Son emploi en stomatologie comme anesthésique local.* — Nous avons reçu, de MM. Dumont et A. Legrand, une étude sur ce nouvel anesthésique, étude qui a été lue à la séance de mars de la Société de Stomatologie. Nous regrettons vivement que le manque de place nous empêche de publier cet article dans ce numéro.

Digitized by Google

nalicules de l'ivoire, tend à se creuser de plus en plus vers la pulpe, si bien qu'il arrive un moment où cet organe est mis à nu.

On dit alors que la carie est *pénétrante* et par opposition on donne le nom de carie *non pénétrante* ou *simple* à celle qui n'a pas encore envahi la cavité pulpaire.

A partir du moment où la pulpe a été mise à découvert, la carie continue comme auparavant sa marche envahissante, la cavité s'agrandit dans tous les sens ; la couronne finit par être détruite en totalité et la racine elle-même n'échappe pas à la destruction. Mais en même temps la pulpe subit des modifications importantes qui impriment à la maladie un caractère particulier :

Dans un *premier stade* qui dure un temps variable, mais nécessairement assez court, la pulpe conserve à peu près son intégrité anatomique et physiologique. Nous disons « à peu près », car même dans la dernière période de la carie simple les micro-organismes peuvent facilement franchir la mince couche d'ivoire qui forme le fond de la cavité. La pulpe est donc dans le cas d'être infectée dès ce moment ; *à fortiori* lorsqu'elle est mise à nu est-elle inévitablement en contact avec les microbes de la bouche en général et avec ceux de la carie dentaire en particulier. Mais on peut admettre qu'au moins pendant un certain temps elle n'est souillée que superficiellement et dans des limites qui ne dépassent guère celles de l'orifice de pénétration ; qu'il ne résulte d'abord de ce contact infectant qu'une inflammation légère, laquelle se traduira sans doute par des douleurs plus ou moins vives, étant donné la riche innervation de l'organe dont les fonctions de sensibilité sont en quelque sorte exaspérées, mais non par des névralgies qui seraient l'indice de lésions beaucoup plus avancées et d'une véritable perversion fonctionnelle. Tant que dure cet état nous restons dans le premier stade.

Dans un *second stade* la pulpe, au contact des micro-organismes qui l'ont envahie peu à peu, s'est enflammée, non plus légèrement et superficiellement comme tout à l'heure, mais à un haut degré et dans une large mesure, en surface et en profondeur : elle suppure et se mortifie

Digitized by Google

partiellement, ou bien elle subit des dégénérescences complexes qui modifient profondément sa structure et se traduisent par une perturbation profonde de ses caractères physiologiques.

Enfin dans un *troisième stade* la pulpe n'existe plus, soit que, abandonnée à elle-même, elle ait fini par se gangréner en masse, soit que sa destruction soit la conséquence d'une intervention chirurgicale.

De ce qui précède il résulte que, dans sa marche envahissante, la carie dentaire parcourt les étapes successives suivantes qui forment les éléments d'une division naturelle :

Carie non pénétrante ou simple (S).	De l'émail seul. De l'émail et de l'ivoire.
Carie pénétrante (P).	1er Stade. — La pulpe est mise à nu ; mais elle a conservé son intégrité anatomique et physiologique (P1). 2e Stade. — La pulpe est enflammée, dégénérée, infectée. — Perturbation fonctionnelle (P2). 3e Stade. — La pulpe est détruite (P3).

Les signes S, P, P1, P2, P3, sont les abréviations que nous employons couramment pour simplifier le langage ou l'écriture ; c'est ainsi que :

nous écrivons S et que nous disons :	Carie simple ou non pénétrante ;
P	Carie pénétrante ;
P1	Pénétrante un
P2	Pénétrante deux
P3	Pénétrante trois.

Le bien fondé de cette division apparait non seulement au point de vue anatomique, mais au point de vue de la symptomatologie et du traitement. C'est donc elle que nous suivrons dans ce travail que nous abordons sans autre préambule.

Digitized by Google

TRAITEMENT.

Le traitement de la carie dentaire est dit *préventif* ou *curatif* suivant qu'il a pour but de prévenir la maladie avant son apparition ou de la guérir lorsqu'elle est un fait accompli.

Grâce aux notions précises que nous avons aujourd'hui sur la nature, l'étiologie et l'anatomie pathologique de la carie, ces deux ordres de traitement peuvent être établis sur des bases absolument rationnelles et scientifiques et donner l'un et l'autre des résultats positifs remarquables.

Nous entrerons dans de minutieux détails qui paraîtront peut-être excessifs au praticien expérimenté, mais qui, nous en sommes convaincu, épargneront aux débutants bien des tâtonnements et des déboires.

Comme toujours en médecine opératoire et en thérapeutique, il existe ici un grand nombre de procédés et d'agents qui permettent d'arriver au même but ; nous décrirons longuement ceux qui nous sont familiers et qui ont reçu la consécration de notre expérience, nous bornant à signaler les autres et à renvoyer aux auteurs qui en ont donné des descriptions. Notre but, en écrivant ces pages, n'est pas, en effet, d'apprendre au lecteur ce que font les autres en matière de traitement et comment ils le font, mais ce que nous faisons nous-même et pourquoi nous le faisons ; en d'autres termes, nous ne voulons qu'apporter à la masse commune le fruit de nos recherches et de notre expérience pour mettre ceux qui le jugeraient utile à même d'en profiter.

A. — Traitement préventif.

Le traitement préventif comprend deux indications distinctes :

1° Maintenir ou augmenter, s'il y a lieu, la valeur intrinsèque des dents, c'est-à-dire leur résistance.

2° Empêcher l'attaque, c'est-à-dire entretenir le milieu buccal dans les conditions normales.

A la première indication répond l'*Hygiène des dents* elles-mêmes envisagées indépendamment du milieu.

Digitized by Google

A la seconde : l'hygiène du milieu buccal ou, comme on dit plus simplement, l'*Hygiène de la bouche.*

1° **Hygiène des dents.** — Pour avoir des dents originellement bonnes et pour les conserver en bon état il suffit d'avoir une bonne hérédité (au point de vue spécial qui nous occupe, bien entendu) et d'être toujours bien portant. C'est chose facile en théorie mais assez malaisée dans la pratique ; montrons cependant en quelques mots que nous ne sommes pas complètement désarmés à cet égard.

Quand il s'agit d'un mariage, les questions de santé jouent encore auprès du plus grand nombre un rôle prépondérant ; or on peut dire d'une manière générale que de bonnes dents sont un des meilleurs indices de la santé. D'ailleurs les médecins et même les gens du monde le savent bien, car les uns et les autres, au moment de choisir une nourrice, ne manquent pas de s'enquérir de l'état de ses dents. Pourquoi dès lors ne pas faire de même lorsqu'il s'agit d'un mariage ?

Disons toutefois qu'il ne faut pas être trop absolu dans cette appréciation et que, pour se rapprocher autant que possible de la vérité, il faut en même temps tenir compte de la race : quelques dents cariées chez un Normand ne prouvent rien contre sa santé, alors que les mêmes lésions chez un Breton ou un Auvergnat (qui tous deux sont de race à coefficient de résistance élevé) auraient une tout autre signification.

On sait que les maladies aiguës de quelque durée et les affections générales chroniques par la perturbation qu'elles entrainent dans la nutrition abaissent constamment le coefficient de résistance ; il est donc de bonne hygiène de chercher à réparer ces pertes en prescrivant des phosphates, soit au cours de la maladie, soit pendant la convalescence.

C'est encore au phosphate qu'il faut avoir recours toutes les fois qu'un sujet, sans sortir des limites de l'état physiologique, fait une consommation de sels minéraux supérieure à l'état normal, en raison de quelque circonstance particulière, comme c'est le cas au moment de la

Digitized by Google

seconde dentition, à l'époque de la puberté, pendant la grossesse et l'allaitement, etc. etc.

Là se borne à peu près ce que nous pouvons faire en matière d'hygiène préventive des dents elles-mêmes : s'efforcer de maintenir le coefficient de résistance dans la bonne mesure et même le relever, s'il y a lieu, par un régime alimentaire riche en éléments minéraux et au besoin par des préparations pharmaceutiques de phosphates terreux.

2° **Hygiène de la bouche.** — L'hygiène de la bouche, envisagée comme traitement préventif de la carie dentaire, a pour but de conserver au milieu buccal sa réaction alcaline normale ou de l'y ramener lorsqu'elle est devenue accidentellement acide.

Or les acides de la bouche proviennent :

Des aliments et des boissons acides ;

De certaines préparations pharmaceutiques ;

Et principalement des fermentations acides dont la bouche est le siège.

Il ne saurait évidemment être question de supprimer l'une ou l'autre de ces trois sources d'acidité du milieu buccal, mais il sera facile de restreindre l'emploi des aliments et des boissons acides, lorsque l'on s'apercevra qu'ils sont nuisibles et d'éviter de faire usage de préparations pharmaceutiques acides toutes les fois qu'on pourra les remplacer par d'autres qui, tout en ayant les mêmes propriétés thérapeutiques, auront une réaction neutre ou alcaline.

Quant aux fermentations acides de toute nature qui se produisent dans la bouche, si nous ne pouvons pas les supprimer complètement, ce qui d'ailleurs n'est nullement nécessaire, nous pouvons très facilement en empêcher l'abus et les restreindre dans des limites où elles sont innocentes.

C'est d'abord en empêchant le séjour dans la bouche des détritus alimentaires et autres, puis en faisant régulièrement des lavages de la bouche avec des collutoires appropriés.

Dans une bouche saine et où toutes les dents sont bien

Digitized by Google

rangées et intactes, il est rare qu'il reste des débris d'aliments dans les interstices ou dans les sillons et anfractuosités des dents : tandis qu'il en est tout autrement lorsque les dents sont irrégulièrement placées et qu'elles chevauchent les unes sur les autres ou lorsqu'il existe des cavités de carie.

L'orthopédie dentaire ou, comme on dit vulgairement, le redressement des dents est donc très utile pour la conservation de ces organes, indépendamment des services qu'elle rend au point de vue esthétique. Il en est de même du traitement des dents cariées qui non seulement assure la conservation des organes malades, mais encore empêche l'altération du milieu buccal par les fermentations très actives dont les cavités de carie sont naturellement le siège.

Dans le même ordre d'idées nous devons signaler comme particulièrement nuisibles le sucre et les différents produits de la confiserie, le chocolat surtout, qui, en raison de leur consistance, forment des amas qui s'agglutinent dans les anfractuosités des molaires et autour du collet ; on sait combien est rapide la fermentation lactique de ces produits et combien nuisible est leur action.

Il n'est pas dans notre pensée de vouloir que l'on renonce à ces douceurs ; mais nous voulons mettre en garde contre l'abus qu'en font certaines personnes, contre l'usage trop répandu de donner du chocolat aux enfants pour leur goûter, et surtout contre la très funeste habitude qu'ont certaines gens de sucer des pastilles toute la journée.

Malgré toutes les précautions que nous venons de recommander, il arrive encore que des débris d'aliments restent dans les interstices d'où la langue et les mouvements des joues ou des lèvres ne parviennent pas à les déloger, surtout chez les sujets d'un certain âge, lorsque les dents sont plus ou moins déchaussées ou ébranlées. Il faut bien alors recourir à l'emploi du cure-dent qui, pour n'être pas poétique, n'en est pas moins très utile et même indispensable quelquefois.

Il nous reste maintenant à parler des lavages de la bou-

Digitized by Google

che et des dentifrices de diverses formes que l'on emploie pour les effectuer.

On donne le nom général de dentifrices à toutes les préparations qui servent pour l'hygiène de la bouche (1).

Envisagés au point de vue de leur forme, ils sont liquides, pulvérulents ou de consistance plus ou moins molle. Les dentifrices liquides agissent à la façon des lotions ou des collutoires ; leur action s'étend uniformément à tous les points de la cavité buccale et, comme ils se mêlent bien à l'eau, on peut facilement en graduer les doses suivant les effets que l'on veut obtenir.

Les dentifrices pulvérulents ou poudres dentifrices joignent à leur action thérapeutique ou chimique une action mécanique ; on les emploie avec la brosse légèrement humectée, pour débarrasser les dents des dépôts de mucosité ou de tartre qui s'y accumulent fréquemment.

Les dentifrices mous sont des opiats ou des savons. Ils sont très inférieurs à la poudre dentifrice, parce que leur action mécanique est à peu près nulle ; en outre leur préparation assez compliquée ne permet guère au pharmacien de les préparer extemporanément de sorte que leur fabrication fait l'objet de spécialités dont la composition est soigneusement tenue secrète et qui par conséquent ne sauraient être recommandées.

Les dentifrices doivent être neutres ou alcalins ; ils doivent avoir une action antiseptique très prononcée ; les substances qui entrent dans leur composition doivent autant que possible être d'une saveur agréable, ne pas être toxiques à la dose ordinairement prescrite et dépourvues de toute action chimique sur les tissus dentaires.

Nous donnons ici les deux formules que nous prescrivons journellement ; elles sont faites de substances que tout pharmacien doit avoir dans son officine et leur préparation n'exige ni tour de main, ni manœuvre, ni procédés spéciaux.

(1) Voir, pour plus de détails, notre mémoire sur l'hygiène de la bouche, in *Journal des Sciences médicales de Lille*, juin 1879.

Digitized by Google

Elixir dentifrice neutre.

Essence de cannelle de Ceylan	0.25
Essence de girofle	0.25
Acide thymique.	0.25
Saccharine	0.25
Essence de menthe	1.50
Alcool à 90°.	100.00

Ajoutez :

Teinture de ratanhia	2.50

Poudre dentifrice alcaline.

Poudre d'iris de Florence.	15 grammes
Craie lavée	5
Magnésie anglaise.	5
Pierre ponce porphyrisée.	5
Salol.	2.50
Teinture d'ambre musquée. . . .	0.50
Essence de menthe.	Quelq. gouttes

Colorez légèrement en rose.

On peut modifier la composition de ces formules à l'infini, suivant le goût des personnes auxquelles s'adresse la prescription et suivant les indications particulières.

Pour faire le lavage de la bouche on met environ une cuillerée à café d'élixir dentifrice dans un demi-verre d'eau ; on se frotte les dents en tous sens avec une brosse en crins chargée de poudre dentifrice et l'on se rince ensuite la bouche à plusieurs reprises avec l'eau additionnée d'élixir dentifrice.

En général on pourra sans inconvénient employer l'eau froide ; on la prendra tiède lorsque les dents seront sensibles aux impressions de température et très chaude lorsque les gencives seront rouges, congestionnées et saigneront facilement.

(*A suivre.*)

Digitized by Google

DEUX OBSERVATIONS DE GANGRÈNE GRAVE DE LA BOUCHE [1]

PAR
Pierre Sebileau.

Dans une leçon que je faisais l'an passé à mes élèves de l'hôpital Boucicaut, leçon qui n'a pas encore été publiée, je disais : « La carie dentaire avec les abcès à répétition qu'elle provoque, la pyorrhée alvéolaire, les fractures ouvertes de la mâchoire et, d'une manière générale, toutes les suppurations de la bouche sont susceptibles de déterminer des accidents septiques, légers ou graves, éphémères ou continus qui, dans certains cas, revêtent l'allure des infections les plus graves. Ces accidents affectent des formes cliniques très variables : les uns réalisent, sans aucune localisation cervicale, cette *intoxication putride* depuis longtemps décrite par Richet (2) qui, dans son ignorance du mécanisme des processus infectieux, en faisait exclusivement la conséquence de la déglutition des « sécrétions putrides », ou encore cet état de pâleur, de fatigue, d'amaigrissement que F. Lejars (3) désignait récemment sous le nom de *cachexie dentaire* ; les autres, en dehors des manifestations septiques d'ordre général dont ils déterminent l'épanouissement, engendrent, dans la cavité buccale ou dans son voisinage, des lésions différentes qui permettent de les classer en plusieurs catégories. Dans cet ordre d'idées, on peut diviser de la manière suivante les complications infectieuses générales accompagnées de processus locaux qui sont consécutives aux suppurations de la bouche : 1° les septicémies gangréneuses de la cavité buccale ; 2° les septicémies phlegmoneuses du cou ; 3° les septicémies phlébitiques de l'orbite et du crâne. »

Les secondes et les troisièmes sont connues; au surplus,

(1) Communication faite à la *Société de Stomatologie*.

(2) Richet, De l'intoxication putride qui accompagne certaines fractures dites simples du maxillaire inférieur. *Bull. Soc. chir.*, 1865, 2e série, t. 3, p. 417, 429, 431.

(3) Félix Lejars, *Leçons de chirurgie*. Masson, Paris, 1895, p. 330.

Digitized by Google

je dirai dans une leçon qui sera ultérieurement publiée les caractères les plus intéressants de leur évolution. Nulle part je n'ai trouvé trace d'une description des premières.

Telle est la raison qui m'a poussé à en entretenir la Société de Stomatologie. Je ne saurais mieux faire, pour lui donner une idée de la forme que revêtent ces accidents bizarres, que de lui dire en quelques mots la triste histoire de deux malades que j'ai observés, soignés et perdus dans le cours de ces dernières années.

Au mois d'avril 1896, un de mes élèves me conduisait une malade âgée d'une soixantaine d'années qui, atteinte depuis quelque temps d'une périodontite expulsive, venait d'être frappée d'une complication subite et inattendue. Tout autour des incisives inférieures qui branlaient dans leurs alvéoles pyorrhéiques, venait de se développer, sur le bord libre et la face postérieure de la gencive, une vaste plaque de sphacèle qui, en l'espace de 48 heures, avait envahi la muqueuse du plancher de la bouche dans toute son étendue. L'haleine dégageait une odeur horriblement fétide ; la malade souffrait ; les mouvements de la langue étaient très pénibles ; la déglutition était difficile, la mastication impossible, la parole embarrassée. Il n'y avait aucune réaction ganglionnaire. La température n'était pas très élevée : 38°5 ; mais la malade était pâle, d'apparence terreuse, très fatiguée et donnait, à ne s'y pas méprendre, l'impression d'une personne très gravement infectée.

Les urines avaient leur composition normale ; le cœur n'était atteint d'aucune lésion valvulaire ; le système nerveux ne présentait aucune tare ; je ne trouvais pas trace de la moindre maladie aiguë et rien ne décelait l'existence d'une affection chronique. Il ne paraissait donc pas douteux que la gangrène fût — par un mécanisme dont l'examen histologique nous apprit plus tard la nature — la conséquence de la pyorrhée alvéolo-dentaire : telle fut, du moins, mon opinion. Mais il fallait agir ; l'indication, du reste, était formelle et précise. Dès le lendemain, sous l'anesthésie chloroformique, je procédai à l'extraction de toutes les dents chancelantes, draguai les alvéoles, fis sauter leurs cloisons de séparation et plongeai dans la

Digitized by Google

rigole ainsi faite le couteau du thermocautère ; puis, avec ce même couteau, je détruisis les tissus sphacélés de la gencive et du plancher de la bouche, faisant place nette partout où la gangrène avait frappé. Ce fut pour ma malade une véritable transformation et tout à fait rapide.

L'état général s'améliora sans tarder ; la fièvre tomba ; les escarres se détachèrent ; des bourgeons louables recouvrirent la plaie. Bref, tout paraissait marcher à souhait vers la guérison, quand tout d'un coup, en moins de 48 heures, une nouvelle plaque de sphacèle s'étendit sur toute la région que j'avais opérée et au delà ; la fièvre s'alluma, l'haleine devint répugnante, le dégoût des aliments et la diarrhée survinrent, la prostration accabla la malade ; j'étais absent : mon confrère répéta l'opération que j'avais déjà faite. Et la même amélioration qui avait marqué la première intervention du chirurgien, marqua encore la seconde. Mais celle-ci ne fut, malheureusement, qu'éphémère ; sur la plaie qui était en magnifique bourgeonnement, la gangrène réapparut au bout de quelques jours, moins grave à la vérité, moins étendue et moins foudroyante que la première fois. Du commencement du mois de juin à la fin du mois d'avril, voici la scène qui se répéta sans cesse : Une plaque de sphacèle se développait ; je la détruisais ; l'ulcération se recouvrait alors de bourgeons charnus ; mais bientôt ces bourgeons étaient, en pleine vitalité, frappés d'une mort pour ainsi dire subite, et de nouveaux lambeaux de gangrène encombraient la cavité buccale. Dans cette lutte de tous les jours contre le processus envahissant, j'employai en lavages, en irrigations, en cautérisations, toutes les substances antiseptiques, tous les topiques modificateurs et caustiques dont j'use journellement à l'hôpital pour des cas différents ; il me fut impossible de modifier l'évolution, pour ainsi dire fatale, de cette infection gangréneuse qui, non contente de frapper les zones déjà malades et de gagner en profondeur, s'étalait toujours. Des fragments de maxillaire formaient séquestres et se détachaient ; à son tour, la voûte palatine était en souffrance. Le 18 et le 19 août, il y eut une mortification si grave et si étendue que je me décidai à une in-

Digitized by Google

tervention nouvelle sous l'anesthésie chloroformique. Cette opération fut, s'il est possible, plus complète et plus radicale encore que la première. Je ne laissai nulle place où le couteau du thermocautère ne passât et ne repassât. Toutes les dents suspectes furent enlevées ; tous les alvéoles furent dragués et cautérisés ; toutes les esquilles osseuses nécrosées furent extraites. Après quelques jours, les escarres produites par le fer rouge se détachèrent et des bourgeons charnus de bon aloi recouvrirent la plaie.

L'espoir que j'avais un moment perdu revenait en moi quand, vers le milieu du mois de septembre, la gangrène éclata d'une manière foudroyante. Je priai mon ami le Dr Thiroloix, avec lequel je m'étais plusieurs fois entretenu de ce cas si intéressant et qui avait bien voulu pratiquer sur les pièces anatomiques que je lui avais données des examens bactériologiques dont je vous parlerai dans un instant, d'examiner avec moi la malade dont la triste affection avait résisté jusqu'à ce jour à toute thérapeutique. Nous décidâmes d'employer les injections sous-cutanées de sérum antistreptococcique. Thiroloix en fit, je crois, une vingtaine. Le résultat fut absolument nul. La gangrène fit de nouveaux progrès, s'étendit de la voûte palatine au massif du maxillaire supérieur, envahit la paroi osseuse des fosses nasales et la malade, profondément amaigrie, fébricitante, cachectique, privée d'alimentation par la douleur, mourut dans l'atmosphère horriblement fétide de sa chambre, au milieu du mois de novembre.

Voici maintenant, en quelques mots, l'histoire d'un autre malade. Le 7 août dernier, j'étais appelé par un de mes jeunes confrères et amis près d'un homme âgé d'une soixantaine d'années, souffrant, depuis une huitaine de jours déjà, d'une affection de la bouche qui dégageait une odeur absolument infecte. La température oscillait entre 38°5 et 39° ; le pouls était irrégulier, fréquent et petit ; le facies était altéré, le teint pâle, la fatigue extrême. Une vaste plaque de sphacèle recouvrait toute la moitié droite du plancher de la bouche et une partie de la moitié gau-

Digitized by Google

che. Des lambeaux, qui déjà s'étaient en partie détachés, flottaient dans la cavité buccale et venaient, entrainés par une salivation extrêmement abondante, faire hernie entre les lèvres ; plusieurs dents du maxillaire inférieur branlaient dans leurs alvéoles atteints de pyorrhée. La région cervicale était intacte. A peine constatait-on sur le cou une légère réaction œdémateuse de ce qui forme le plancher de la bouche ; nulle induration phlegmoneuse du tissu cellulaire ; nulle tuméfaction périostale de l'os. Seuls, dans la région sous-maxillaire droite, deux ganglions assez gros roulaient sous le doigt, mobiles tout à fait, et un peu sensibles à la pression.

Je n'eus pas de peine à reconnaître en ce tableau l'image de la première malade que j'avais soignée, et décidai que l'opération nécessitée par l'état du patient serait pratiquée le jour même. Je priai mon ami le Dr Thiroloix de m'assister et de soumettre au contrôle de l'examen bactériologique mon diagnostic de gangrène streptococcique. De quelle manière j'intervins, il est inutile que je vous le dise : je détruisis et cautérisai au thermocautère, le malade étant sous le chloroforme, tout ce qu'il y avait à détruire et à cautériser. Le résultat ne se fit pas attendre : les douleurs diminuèrent, la fétidité de l'haleine disparut complètement ; la salivation s'atténua sensiblement ; le malade put s'alimenter avec des liquides et l'état général, qui resta chancelant pendant quelques jours, s'améliora considérablement, cependant que le pouls prenait enfin le dessus, que la température retombait au chiffre normal et que la diarrhée prenait fin. Le trismus lui-même cédait en partie. Les escarres produites par la cautérisation s'étaient, du reste, rapidement détachées et le plancher de la bouche, les gencives, tout cela bourgeonnait de manière régulière. Quelques séquestres alvéolaires se détachaient et tombaient. Et tout cela se passait vers la fin du mois d'août. Mais, tout d'un coup, la situation s'aggrava ; un foyer de broncho-pneumonie s'alluma et, pendant deux ou trois jours, l'état du malade fut alarmant. Celui-ci reprit le dessus, mais pour faire bientôt une chute définitive. Tandis que de nouvelles plaques de sphacèle se développaient

Digitized by Google

dans la bouche, tandis que s'éliminaient des fragments osseux assez étendus, tandis que réapparaissait la fétidité de l'haleine, l'infection pulmonaire gagnait du chemin, la température montait, le cœur faiblissait, le cerveau sombrait dans un délire nocturne continu, l'affaissement devenait grand, et le malade mourait le 20 septembre. Trois jours auparavant, j'avais pu extraire de la bouche une moitié presque tout entière de la mandibule complètement nécrosée.

Telle est la triste histoire des deux malades que j'ai observés. Voici les documents que l'histologie et la bactériologie nous ont fournis sur ces cas très bizarres de gangrène de la bouche. Mon ami le Dr Thiroloix a pratiqué, avec les fragments de tissus mortifiés que je lui ai donnés, des examens divers, des cultures, des inoculations; toutes ces recherches ont fourni pour les deux malades des résultats identiques. Les premières cultures ont donné naissance aux colonies polymicrobiennes qu'avait révélées l'examen direct des fragments écrasés sur lamelle : streptocoques, staphylocoque, pneumocoque, bacilles volumineux et fétides, spirilles anaérobies ; mais, de même que l'examen lamellaire, après décoloration par la méthode de Gram, avait mis en évidence un streptocoque à longues chaînettes, de même sur les cultures fructifia ce streptocoque d'une manière prédominante ou exclusive suivant les milieux. Ces cultures polymicrobiennes, toutes remarquables par une odeur très pénétrante de carie dentaire, furent injectées à des lapins : l'instillation dans les veines détermina la pneumonie et la mort ; l'inoculation à l'oreille, un érysipèle gangréneux de tout l'organe. Les ensemencements pratiqués avec les tissus de cet érysipèle gangréneux engendrèrent du streptocoque et un bacille fétide qui furent, l'un et l'autre, cultivés isolément, puis inoculés à des lapins : l'injection du streptocoque dans l'oreille provoqua un érysipèle sans gangrène; l'injection du bacille resta sans effet local ; mais l'inoculation des deux cultures produisit un érysipèle gangréneux. Mon ami Henri Dominici, interne des hôpitaux, pratiqua, de son côté, des examens directs et des cultures aérobies et

Digitized by Google

anaérobies qui lui donnèrent des résultats identiques ; mais les inoculations ayant été faites par lui avec des fragments de tissus retirés de la bouche du malade plusieurs semaines après le début des accidents, à un moment où la virulence microbienne devait être fortement atténuée par le traitement, les inoculations, dis-je, ne provoquèrent pas chez l'animal en expérience les mêmes réactions infectieuses. C'est ainsi que le frottement vigoureux de la gencive avec une spatule ayant servi à écraser les végétations fut suivi d'un résultat négatif, et qu'un petit fragment de ces végétations inoculé sous la peau de l'oreille d'un lapin détermina seulement de la rougeur, de l'élévation thermique locale et de l'œdème, toutes lésions qui, sans avoir entraîné aucune modification apparente de l'état général, guérirent par simple résolution. Je vous rappelle, d'ailleurs, que M. Thiroloix opéra sur des tissus sphacélés de la première heure, et M. H. Dominici sur des bourgeons de réparation.

Les lésions histologiques de ce processus infectieux provoqué par l'association d'un bacille à un streptocoque de la bouche, devenu, du fait de cette association, très virulent ; ces lésions, dis-je, ont été étudiées avec grand soin par M. H. Dominici. Par endophlébite et endopériartérite, le processus infectieux avait déterminé le sphacèle de la région malade sur laquelle se mit à bourgeonner, après élimination des escarres, un tissu de réparation. Celui-ci était caractérisé par des vaisseaux de nouvelle formation, des cellules de tissu conjonctif, des éléments embryonnaires ; soudées par leurs bords ou réunies par leurs prolongements, les cellules de tissu conjonctif formaient un réticulum dont les mailles logeaient les cellules embryonnaires qui, d'autre part, se groupaient soit à la périphérie, soit dans la cavité des vaisseaux anciens ou récents ; ainsi s'explique, par cette oblitération vasculaire, l'apparition successive de la gangrène sur les bourgeons de réparation.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS ET OBSERVATIONS

UNE OBSERVATION

A PROPOS DE L'INFLUENCE

DE LA GROSSESSE SUR LES TISSUS BUCCAUX

CHEZ LA FEMME ANÉMIQUE

Par le Dr **Arthur ZENTLER** de Bucharest, D.D.S. de Philadelphie.

(*Communication faite à la Société de Stomatologie*)

C'est un fait établi que tous les états morbides de la bouche, et en particulier ceux des dents et de leur entourage immédiat, ainsi que des gencives, trouvent plus ou moins leur étiologie, sinon totale, du moins partielle, dans la constitution de l'état général de l'individu. Le cas qui fait le sujet de ma communication confirmera une fois de plus cette affirmation.

Une dame qui a environ 25 ans aujourd'hui, était enceinte, il y a quatre ans, pour la seconde fois. Lors de sa première grossesse elle avait accouché le septième mois d'un enfant très chétif, qui, quoique conservé à la vie grâce à des soins particuliers, mourut à l'âge de onze mois par suite de complications pathologiques de dentition.

Pendant la première grossesse l'état général de cette dame fut fortement atteint ; dans la bouche cette grossesse ne produisit aucune autre manifestation morbide que quelques caries des molaires, progressant avec une rapidité exceptionnelle.

Pendant la seconde grossesse je ne vis pas cette dame, mais je tiens de son médecin et d'elle-même les détails qui suivent. Vers le 4e mois les gencives changèrent complètement d'aspect et perdirent leur caractère original ; elles devinrent hypertrophiées, enflammées et présentaient çà et là des tuméfactions exsudatives au début et

Digitized by Google

prenant ensuite le caractère d'abcès gingivaux avec écoulement spontané très abondant d'un mélange de pus et de sang. Les dents atteintes de caries pendant la première grossesse avaient été soignées et obturées à temps. Tous les médecins et tous les dentistes consultés alors par la patiente étaient d'avis que ces abcès n'étaient pas d'origine dentaire ; divers traitements locaux furent essayés mais sans résultat satisfaisant.

Cet état persista jusqu'au 7e mois, et l'un des abcès, le plus grand, ne disparut qu'après l'accouchement. Une fois l'enfant venu au monde l'écoulement purulent cessa peu à peu sans autre intervention ; la tuméfaction et l'inflammation disparurent, les gencives reprirent leur état normal, sauf autour des collets des dents, où elles restèrent quelque peu décollées.

A partir de ce moment, la dame s'aperçut que quelques-unes de ses dents (trois incisives, une bicuspide d'un côté et deux molaires de l'autre, toutes du maxillaire supérieur, ainsi que trois incisives du maxillaire inférieur) commençaient à perdre leur solidité. Elle n'y fit pas grande attention au commencement et ce ne fut que deux ans après, quand les symptômes se manifestèrent plus fortement sur deux ou trois des dents qui viennent d'être indiquées, qu'elle se fit examiner par son dentiste. Celui-ci, ainsi que les autres qu'elle consulta, l'engagea à se faire extraire les dents branlantes ; mais elle ne put s'y décider.

Je me trouvais alors à Philadelphie et la dame, qui est ma très proche parente, m'écrivit pour me demander si elle devait suivre le conseil qui lui avait été donné.

Je l'engageai immédiatement sans avoir aucun renseignement à ne pas se hâter de faire procéder à l'extraction. Je lui posai nombre de questions pour m'éclairer sur l'étiologie de la maladie, afin d'établir un diagnostic. La réponse que je reçus était fort peu satisfaisante, car elle ne me fixait pas sur assez de points pour que je puisse arriver au but que je poursuivais.

Néanmoins, connaissant la constitution générale de la patiente et la sachant un peu arthritique, sans pouvoir me décider à diagnostiquer une « pyorrhée alvéolaire », car

Digitized by Google

son âge ne me permettait pas cette conclusion, je lui fis consulter son médecin pour un traitement antiarthritique et je lui prescrivis une hygiène rigoureuse de la bouche, plusieurs fois par jour des lavages fréquents antiseptiques et astringents, des badigeonnages supra-gingivaux tous les deux jours avec des révulsifs aux endroits congestionnés des gencives, et je lui conseillai enfin, si elle ne pouvait pas mieux faire, d'attendre encore deux mois, c'est-à-dire jusqu'à mon retour, lui promettant d'essayer alors personnellement de lui faire conserver ses dents et l'assurant qu'il s'écoulerait encore longtemps avant qu'il fût absolument nécessaire de procéder à leur avulsion.

Il faut avouer que je ne sais pas au juste avec quelle précision ma malade a suivi le traitement qui lui avait été indiqué ; mais à mon retour elle me dit qu'elle croyait constater une amélioration dans l'état de sa bouche.

Un examen minutieux me donna le résultat suivant : l'incisive centrale supérieure gauche était considérablement exfoliée et chancelante, les autres dents, qui ont été mentionnées plus haut, remuaient passablement aussi et la première molaire supérieure gauche était également un peu chassée de son alvéole ; quelques caries aussi bien aux dents solides qu'aux dents qui remuaient. L'examen intra-gingival me montra que les gencives, autour des dents exfoliées, étaient décollées à peu près jusqu'à l'apex sur les faces distales et linguales. Les dépôts calcaires étaient relativement peu abondants ; pus en très faible quantité.

Cette fois sans m'occuper d'établir un diagnostic précis, je conclus qu'il fallait me borner à traiter les symptômes locaux existants ; pour son état d'anémie générale elle suivait déjà un traitement que je trouvai convenable (Elle prenait des glycéro-phosphates, de l'arsenic et du fer, et buvait de l'eau de Bilin, une source peu alcaline).

Je la vis trois jours de suite pour lui enlever totalement même le faible dépôt calcaire formé et je tâchai dans cette opération de lacérer le moins possible les parties molles, d'abord pour faire disparaître l'irritation existante, ensuite pour ne pas produire une nouvelle source d'irrita-

Digitized by Google

tion. Je fis des injections sous-gingivales avec de l'eau oxygénée pour empêcher la formation d'une collection purulente, ensuite je poursuivis un traitement propre à amener la régénération des parties dégénérées : les dents chancelantes furent fixées par des ligatures de fil de soie, changées à des intervalles de deux ou trois jours. Je fis des badigeonnages intra-gingivaux consécutifs à la teinture d'iode, au chlorure de zinc, et avec la mixture de Black (huile de camomille 1 partie; acide phénique 2 parties et huile de wintergreen 3 parties), dans le but d'atténuer la petite inflammation que les ligatures pourraient produire, d'obtenir un effet astringent et enfin de stimuler la formation de nouveau tissu (la mixture indiquée plus haut a par excellence cet effet) ; il va sans dire que je recommandai aussi à la patiente de tenir sa bouche aussi rigoureusement aseptique que possible.

Après huit séances de ce traitement local, je la congédiai en lui recommandant de continuer le traitement constitutionnel qu'elle suivait et je lui ordonnai :

Hydronaphtol		0 gr. 65
Glycérol.	} ââ	30 »
Alcool.		
Eau distillée		150 »

pour se rincer la bouche, matin et soir, ainsi qu'après chaque repas.

Les ligatures furent changées alors tous les 5 ou 6 jours et portées pendant trois semaines environ après la dernière séance. A cette époque je remarquai déjà une amélioration satisfaisante et depuis tout alla de mieux en mieux. Pendant l'été la dame quitta la ville pour aller respirer l'air des montagnes, ce qui en améliorant sa santé générale contribua beaucoup à ramener ses tissus buccaux à l'état normal.

Moins de trois mois s'étaient écoulés depuis le commencement du traitement et l'incisive elle-même, que je n'espérais point pouvoir sauver, était presque solide, les autres dents étaient normales.

Malheureusement le résultat ne dura pas longtemps, et c'est justement cette récidive qui confirme le principe

Digitized by Google

de la relation entre l'état morbide des tissus en question et l'état général de l'individu.

Trois ou quatre mois après la période de succès du traitement, la dame devint de nouveau enceinte et, après deux ou trois mois de grossesse, quelques-unes des dents que j'ai signalées recommencèrent à perdre leur solidité.

Je fus appelé à intervenir ; cette fois pas la moindre trace de dépôt calcaire et point de pus présent. Jé recommençai le même traitement local pendant quelques jours. La situation n'empirait point mais elle ne s'améliorait pas beaucoup. Je fus peu après obligé de quitter la ville, mais je laissai des indications pour prévenir le retour de l'état qui s'était manifesté vers le quatrième mois de la seconde grossesse, et en ce moment l'état de la bouche de cette dame est satisfaisant. Elle approche du sixième mois de sa grossesse.

Pour conclure je crois pouvoir, sans me tromper, établir le diagnostic suivant :

Péricémentite phagédénique, avec prédisposition résultant de la grossesse qui augmente l'état d'anémie dans lequel se trouve constamment cette dame et ainsi diminue la nutrition du ligament alvéolo-dentaire, par conséquent l'affaiblit.

LYMPHANGIOME DE LA LANGUE.

M. le Dr Balzer a présenté à la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, un jeune garçon de seize ans atteint d'une affection de la langue qui a débuté il y a une dizaine d'années, et continue à évoluer. Il s'agit d'une tumeur d'aspect framboisé, formée de petites vésicules dont quelques-unes sont transparentes et évoquent l'idée de kystes lymphatiques. Le diagnostic clinique est celui de lymphangiome. Mais pour les cas de ce genre, se pose une question encore non résolue : a-t-on affaire à un lymphangione vrai ou à un hématangiome modifié et devenu kystique ? L'examen histologique peut seul renseigner à ce sujet.

M. Balzer nous donnera son observation complétée pour un prochain numéro.

Digitized by Google

COMPTES RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

SÉANCE DU 16 JANVIER 1899.

Présidence de M. Cruet.

M. Cruet, président, prend la parole pour son installation au fauteuil présidentiel.

Mes chers collègues,

Messieurs,

Je dois vous exprimer tout d'abord mes sentiments de reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait en me choisissant pour votre président.

L'honneur s'est adressé certes moins à ma personne qu'à un membre fondateur de notre Société, à un de ceux qui ont pris assidûment part à ses travaux, et cherché à en assurer sa prospérité.

Je dois vous avouer aussi que j'ai été particulièrement touché des marques de sympathie dont vous avez entouré ma nomination, et qui ne peuvent que m'encourager à vous donner tout ce que je pourrai de mon temps et de mes forces pour les consacrer aux intérêts de tout ordre de la Société.

En prenant cette place je ne dois point oublier que notre maître à tous, Magitot, l'a occupée le premier et avec éclat, et que son grand nom doit continuer à planer sur nos travaux et nos discussions, pour les rendre féconds.

Mais j'ai le devoir plus immédiat, qui m'est infiniment agréable, de remercier tout l'ancien bureau, et en particulier le sympathique président sortant qui a rempli ses fonctions pendant deux années, en y apportant toutes les qualités aimables que vous connaissez : la courtoisie, la

Digitized by Google

bienveillance, l'impartialité, sans compter sa grande autorité personnelle.

Si vous m'avez confié un poste qu'il eût pu et dû garder longtemps encore, c'est qu'il l'a quitté volontairement pour se consacrer tout entier à de nouvelles fonctions, à une nouvelle présidence, que vos suffrages lui ont très justement imposée, celle du Comité de la section de Stomatologie du Congrès médical de 1900.

Messieurs, je suis heureux de constater que je prends la présidence de notre Société dans une période de prospérité incontestable : prospérité financière qui se manifeste par des recettes qui, non seulement font face à nos dépenses courantes, mais nous ont laissé des disponibilités suffisantes pour fonder un prix qui n'attend plus qu'un lauréat ; prospérité morale, qui se traduit par la place de plus en plus grande prise par notre Société dans le mouvement scientifique ; par les adhésions qui nous arrivent chaque jour ; par l'influence qu'elle a conquise, et qui nous a permis de demander et d'obtenir une section de stomatologie au Congrès médical international de 1900. C'est un succès incontestable, c'est un triomphe certain pour notre nom, pour les idées fondamentales qui ont été à la base de la création de notre Société, et qui la soutiennent, en la maintenant dans une voie exclusivement scientifique et médicale.

La Stomatologie, avec tout ce qu'elle comporte et comprend de particulier et de général, entrera pour la première fois, chez nous du moins, officiellement dans le cercle des spécialités médicales et chirurgicales reconnues, et viendra prendre une place honorable et légitime à côté de celles qui s'appellent l'Ophtalmologie, l'Otologie, la Laryngologie, et au même titre.

N'avons-nous pas le droit de nous en féliciter hautement, et de constater que c'est à notre groupement, à nos travaux, à notre action, que nous devons d'avoir obtenu un pareil résultat ?

Laissez-moi espérer que ce succès en présage et en prépare d'autres encore, soit dans le domaine des mesures législatives, qui fixeront enfin dans l'avenir et unifieront

Digitized by Google

une spécialité qui donne le si lamentable spectacle de la confusion, non seulement des titres, mais des capacités, des situations et des responsabilités. Ai-je besoin de dire, qu'en parlant ainsi, je n'ai en vue que les intérêts supérieurs de la profession, et ceux plus importants du public qui a le droit de connaître au moins qui le soigne et de savoir à quel titre on le soigne.

Messieurs, si nous voulons que notre Société prospère et se développe encore davantage, que son influence grandisse et devienne prépondérante, nous devons tous y faire effort et apporter un concours personnel et soutenu aux travaux qui assureront notre vitalité, en même temps qu'ils affirmeront nos connaissances dans toutes les questions, même les plus spéciales et les plus techniques qui touchent à la Stomatologie.

Vous me permettrez d'espérer que mon appel sera entendu, et que l'avenir sera fécond : nous savons que nous sommes encore le petit nombre, mais le petit nombre n'a jamais nui aux bonnes causes ; nous saurons y suppléer par notre assiduité, notre propagande, aidés aussi et surtout par les idées que nous défendons ; il ne manque pas de nouveaux membres à rallier autour de ces idées qui nous sont chères, et qui peuvent réunir tous ceux qui désirent le relèvement de notre spécialité.

Pour moi, je ne puis que vous promettre encore mon concours absolu, et toute mon application à bien diriger vos travaux et vos discussions, en me pénétrant de tous les devoirs que m'impose votre confiance.

Pour terminer, le Dr Cruet souhaite la bienvenue à M. le Dr Sebileau, professeur agrégé de la Faculté, et à M. le Dr Zentler, délégué du Gouvernement roumain pour étudier l'organisation de l'enseignement dentaire en France, qui assistent à la séance.

Le procès-verbal est lu et adopté.

LECTURE DE LA CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend des lettres de candidature de MM. les Drs Gires, Zentler et Robin et une circulaire du

Digitized by Google

Ministère de l'Instruction publique demandant à la Société de Stomatologie de prendre part à l'Exposition de 1900.

NOMINATION DE LA COMMISSION DES CANDIDATURES.

Sont nommés MM. Chompret, Hugenschmidt et Pietkiewicz.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. Lempert présente un malade chez lequel l'on constate l'évolution anormale de la dent de sagesse inférieure gauche et pour l'extraction de laquelle plusieurs tentatives avec des daviers ou la langue de carpe ont échoué.

M. Saussine demande à l'orateur pour quelle raison il veut extraire cette dent.

M. Lempert croit l'extraction urgente parce que le malade a eu des abcès à répétition qu'il y a eu menace de phlegmon et qu'enfin les accidents d'ostéo-périostite pourraient occasionner la nécrose.

M. Rodier trouve bien suffisantes les fistules cutanées pour convaincre de l'utilité de l'intervention, le malade ne pouvant du reste guérir d'autre façon. Il conseille d'employer le davier à prémolaires supérieures qui passe toujours, ou la langue de carpe qui luxera facilement la dent. Il dessine celle de Godet et celle de Tourtelot qui n'en est qu'une modification.

M. Sauvez trouve l'opération peu difficile dans ce cas, les deux tiers de la couronne sont dans la joue, mais la langue de carpe ordinaire doit donner un résultat sûr et rapide si l'on endort le malade au protoxyde d'azote ou au bromure d'éthyle et qu'un aide tienne bien en main le maxillaire.

M. Gaillard constate que le sujet présenté a peu de contracture. Le trismus vrai oblige à l'anesthésie générale. Il a eu un malade qui ayant des ganglions et étant menacé d'un phlegmon n'a dû sa guérison qu'à l'extraction de sa dent avec la clef de Garengeot. On est quelquefois obligé d'adapter le crochet non entre les deux tiges du panneton mais à la branche postérieure seulement. Dans le cas qu'il cite il avait échoué avec la langue de carpe ainsi qu'avec le davier à pinces de homard dont il décrit la forme et l'application.

M. Pietkiewicz dit que dans ce cas relativement facile, la langue de carpe doit suffire avec d'autant plus de raison qu'elle ne peut produire ici la blessure sur la muqueuse dont on peut la rendre responsable.

Digitized by Google

M. Gourc est d'autant plus convaincu des bons résultats que peut donner le davier-pince qu'il doit à M. Gaillard d'en connaître le maniement et qu'il l'emploie dans le service de St-Antoine, mais lorsqu'il y a du trismus cette pince ne peut passer. Il a eu un cas il y a un mois dans lequel, après de nombreuses tentatives, il n'a pu saisir la dent qu'avec le davier à racines étroit, long et légèrement courbé dont il se sert dans le même service hospitalier. Cette dent émergeait de la face externe du maxillaire inférieur droit. La plupart du temps la contracture empêche l'usage de la langue de carpe.

M. Sauvez a insisté dans ce cas particulier sur la langue de carpe parce que la dent de sagesse est à un niveau bien inférieur à celui de la dent antérieure.

M. Saussine croit que le maxillaire empêchera l'application de la langue de carpe ; il faudrait selon lui, et c'est souvent ce qui arrive, enlever la deuxième molaire.

M. Cruet d'accord avec ses collègues juge l'extraction urgente; chacun a donné son moyen, mais la dent n'est pas très solide car les phénomènes d'inflammation et les fistules externes consécutives ont certes affaibli ses attaches. La langue de carpe ordinaire est suffisante ; on pourrait aussi employer un davier courbé non sur le côté mais sur la face, la contracture étant très légère.

M. Pierre Sebileau. — **Deux observations de gangrène grave de la bouche.** (Voir *Mémoires originaux*, p. 14.)

Discussion. — M. Pietkiewicz remercie M. Sebileau pour sa communication de très grande valeur et de haute portée scientifique ; et malgré que les dentistes n'aient pas souvent l'occasion de constater des choses aussi graves, l'orateur a pu suivre un cas analogue quant au début, à la marche et à la terminaison. Il s'agissait d'un malade de soixante ans qui était présenté à la consultation de l'Hôtel-Dieu et qu'on avait soigné pour une périostite ; il avait disparu lorsqu'au bout de quelque temps un chirurgien manda l'orateur pour l'assister dans une opération ; les mêmes accidents que ceux constatés dans la communication purent être observés et se terminèrent aussi par la mort. Les pièces portées au laboratoire de M. Straus ayant été égarées, l'on ne put mettre aucune étiquette sur cette affection.

M. Sebileau demande à M. Pietkiewicz s'il se rappelle ce que

Digitized by Google

sont devenus les os dans son cas et au bout de combien de temps le malade est mort.

M. Pietkiewicz indique cinq semaines comme durée des accidents.

M. Sebileau rappelle que son premier malade a vécu quelques mois pendant lesquels ont eu lieu diverses gangrènes osseuses avec élimination de séquestres de 2 à 3 centimètres et quelques accalmies permettant de conserver chaque fois un peu d'espoir surtout au début. Le deuxième malade, lui, n'avait pas de réactions osseuses apparentes, sa mâchoire paraissait normale ; quelques confrères avaient fait le diagnostic d'épithélioma assez justifié quoique la pléiade ganglionnaire qu'on y rencontre habituellement n'existât pas ; ce malade semblait donc avoir une affection du plancher de la bouche exclusivement, mais trois ou quatre jours avant sa mort il élimina une moitié de son maxillaire nécrosé. Il n'y avait comme réaction générale qu'un peu d'élévation de température et un assez grand affaiblissement.

M. Chompret a vû beaucoup de périostites, mais jamais une seule avec complications assez graves pour être comparées à celles qui font l'objet de la communication. N'y avait-il pas d'intoxication, de diathèse ou de maladie infectieuse antérieure ? N'y avait-il pas de lésions vasculaires, le second cas est muet à cet égard.

M. Sebileau n'a rien négligé, il s'est enquis de tout, aidé en cela par son ami le Dr Thiroloix dont la compétence scientifique est reconnue de tous. Il est évident qu'un malade de soixante ans ne fait pas aussi bien qu'un adulte la défense de son organisme contre l'invasion microbienne, mais à part cela il était impossible de trouver quoi que ce soit, pas la moindre maladie infectieuse, ni diathèse, etc.

M. Cruet est convaincu que ces deux affections ont évolué sur un terrain remarquablement bon apparemment, mais il faut néanmoins une cause à cet ordre de faits, il faut une explication : ou bien le terrain était favorable ou bien il y a eu infection par une porte d'entrée, l'ostéo périostite, mais ce n'est pas le cas. N'y a-t-il pas eu contagion par une garde-malade qui aurait soigné un pneumonique ou un érysipélateux gravement atteints ? Cette hypothèse peut-elle recevoir une sanction ?

M. Sebileau répondant à la question de fait et à la question de doctrine continue ainsi :

1° La première malade était une rentière de La Villette qui vivait modestement mais très bien et qui n'avait pu être

Digitized by Google

contagionnée si ce n'est par le dentiste qui l'avait soignée ; le deuxième vivait paisiblement avec femme et enfants à Levallois-Perret et n'avait pas eu de contact avec un malade.

2° Le terrain était-il mauvais ? mais nous n'en savons rien ; nous connaissons le diabète, l'albuminurie, dans ce cas particulier le terrain était probablement détestable, mais qu'en savons-nous ?

Enfin il n'est pas utile d'invoquer la contagion pour expliquer la gravité du cas ; une pneumonie grave peut survenir sans contagion ?

M. Gourc demande si l'on a pensé à rechercher si les malades n'avaient pas pris contact avec des perruches qui auraient pu les contaminer.

M. Sebileau répond que les examens bactériologiques de MM. Thiroloix et Dominici n'ont pas permis de constater cette infection d'ordre particulier.

M. Pietkiewicz peut assurer aussi que son malade n'avait pas subi la moindre contagion fâcheuse. Le malade qui habitait rue Condorcet avait 60 ans et possédait une bonne santé.

M. Cruet demande si les altérations vasculaires auxquelles M. Sebileau a attribué les gangrènes successives par embolies septiques n'étaient pas effet plutôt que cause.

M. Sebileau peut affirmer que du foyer pyorrhéique est partie une infection vasculaire ; des lésions d'endopériartérite sur les vaisseaux anciens ont amené des embolies oblitérantes et ces mêmes lésions ont réapparu sur les vaisseaux néoformés et ainsi de suite.

M. Zentler.— **Une observation à propos de l'influence de la grossesse sur les tissus buccaux chez la femme anémique.** — (Voir *Recueil de faits et observations*, p. 21.)

Discussion. — M. Pietkiewicz trouve l'observation intéressante, elle ne rapporte pas un cas nouveau. C'est un de ces états particuliers de moindre résistance que l'on trouve chez les personnes dont la santé est un peu atteinte ou chez les femmes pendant leur période menstruelle ou si elles deviennent enceintes. Si ces dernières sont anémiques les gingivites peuvent s'aggraver davantage.

M. Sauvez rappelle que l'influence de la grossesse sur les gencives a été étudiée par Delestre, Pinard et lui-même, mais on n'a pas eu à constater de cas aussi graves.

Digitized by Google

M. Cruet croit qu'il faut simplement considérer comme une gingivite ordinaire la gingivite des femmes enceintes à laquelle la grossesse vient donner seulement un coup de fouet. Plusieurs raisons ont été données pour expliquer ces gingivites : vomissements incoercibles et réactions de la salive, ou bien chez les albuminuriques, l'usage du lait qui favoriserait les fermentations ou bien encore intoxication par les toxines (?) sécrétées par les femmes enceintes. Quoi qu'il en soit, il faut admettre que l'état de grossesse prédispose à une certaine gravité des gingivites et des périostites.

En résumé les faits du Dr Zentler ne sont pas nouveaux mais l'observation est intéressante.

L'un des Secrétaires : Dr Gourc.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1899

Présidence de M. Cruet.

LECTURE DU PROCÈS-VERBAL

A propos du procès-verbal de la dernière séance M. Lempert montre la dent de sagesse qui a fait l'objet de sa présentation et les instruments qu'il a utilisés.

La luxation a été produite avec la langue de carpe et l'opérateur a pu après plusieurs vaines tentatives avec les instruments ordinaires, saisir la dent avec un davier à racines à mors longs.

A propos de la communication de M. Sebileau, M. Amoedo se propose de relater un cas de sphacèle de la bouche.

RAPPORT DE LA COMMISSION DES CANDIDATURES

La Commission est d'avis d'accepter tous les candidats dont elle a eu à s'enquérir.

Font donc partie de la Société par acceptation à l'unanimité :

Le professeur Sebileau, comme membre honoraire.

Le Dr Zentler, comme membre correspondant.

Le Dr Petit d'Angers, comme membre correspondant.

Et comme membres actifs :

Digitized by Google

M. Pierre Robin, étudiant en médecine avec 16 inscriptions.

MM. les Drs Gires, Imbert, Decrequy (de Boulogne-sur-Mer).

LECTURE DE LA CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Pietkiewicz s'excusant de ne pouvoir assister à la séance pour raisons de santé.

2° Une lettre de candidature du Dr Charles Lucius.

3° Une circulaire du Ministre de l'Instruction publique nous faisant savoir que le prochain Congrès des Sociétés savantes aura lieu à Toulouse le 4 avril prochain.

4° Une circulaire du Ministre du Commerce nous demandant à prendre part à l'exposition rétrospective des instruments de chirurgie qui aura lieu en 1900.

La *Société de Stomatologie* décide de ne prendre part ni au Congrès ni à l'Exposition, laissant toutefois liberté complète à toute initiative individuelle.

PRÉSENTATIONS

M. Gourc présente les **modèles de la bouche d'un enfant de 15 ans.** Cet enfant intelligent est de source lymphatique, possède des végétations adénoïdes ainsi que des amygdales hypertrophiées. La famille est venue consulter pour corriger la béance qui donne un aspect très disgracieux à l'enfant. Il est bien entendu que la correction de l'incisive qui est en arrière et de la canine qui est en antéversion ne sont pas à considérer. L'orateur a conseillé à la famille de s'abstenir se voyant dans l'obligation pour arriver à un résultat parfait d'enlever les deux prémolaires et les deux grosses molaires supérieures de chaque côté. Il voudrait bien voir s'élever une discussion sur ce cas pour savoir s'il est possible d'intervenir d'autre façon, on ne peut en effet condamner un enfant de 15 ans à porter un appareil prothétique jusqu'à la fin de ses jours.

M. Amoedo trouve que le malade s'est fourvoyé en allant chez le dentiste, il aurait dû aller chez le laryngologiste d'abord. Il a eu en effet un cas où les désordres sont revenus en l'état

Digitized by Google

et n'ont disparu que grâce à l'intervention chirurgicale dans la gorge.

M. Gourc croit avoir suffisamment insisté dans sa thèse sur les rapports de la déformation de la voûte palatine et des déviations dentaires avec les végétations adénoïdes. Il rappelle qu'il a produit une statistique de malades pris au hasard de la clinique laryngologique de Lariboisière, et chiffres en mains, les malades possesseurs de Veg-ad, avec régularité dentaire et palatine, sont aussi nombreux que ceux pourvus d'une voûte palatine ogivale et de dents déplacées. Ce sont faits communs d'une même tare, scrofule, rachitisme ou autre, mais la constatation de l'un n'entraîne pas la présence de l'autre. Malgré cela il a parfaitement l'intention de faire enlever Veg-ad et amygdales à son sujet puisqu'il a pu constater leur présence.

M. Cruet est d'avis, les dents supérieures étant serrées, d'extraire la petite incisive latérale gauche qui est en rétroversion, ce qui permettra aux incisives et aux canines de descendre.

M. Chompret n'est pas de l'avis de l'orateur précédent. Il n'extrairait jamais une petite incisive à cause de la déformation esthétique que cela occasionne ; il vaudrait mieux extraire la première petite molaire, cela donnerait du reste plus de place.

M. Gourc ne croit pas cette petite intervention suffisante pour permettre aux canines et incisives de descendre d'une longueur aussi grande, la béance étant considérable.

M. Cruet ne change pas sa manière de voir. L'absence ou la présence de la petite incisive n'attirerait pas beaucoup l'attention ; il faut surtout corriger le défaut de fermeture de la bouche .

M. Frey. — **Accident grave local de l'éruption d'une dent de lait.** — Il s'agit d'une fillette de vingt mois, pâle, déprimée, laissant écouler par la bouche une salive abondante mélangée de pus répandant une odeur de sphacèle : cet état se prolongeait depuis deux mois, mais les douleurs localisées à la région canine inférieure droite dataient de cinq mois.

Les antécédents héréditaires et aigus étaient nuls. A l'examen, la canine inférieure droite était encore recouverte presque en entier de son capuchon muqueux, l'ouverture que l'on apercevait de la grosseur d'une lentille par laquelle s'écoulait le pus, laissait apercevoir la pointe d'un séquestre mobile. Sa friabilité était telle qu'on ne put

Digitized by Google

en extraire qu'un petit fragment d'odeur infecte. Une curette permit cependant d'enlever un séquestre de 2 cm. 1/2 de longueur sur 1 centimètre de large. Lavage de la plaie, pansement iodé. Huit jours de lavages à l'eau bouillie, à l'eau chloralée ou à l'eau boriquée, remettent les choses en bon état.

La canine fit ensuite son apparition de façon normale.

Une infection a donc pu se produire sous le capuchon gingival recouvrant la dent de lait qui va faire son apparition, c'est un fait assez rare pour qu'il soit noté quand on le rencontre.

Discussion. — M. Amoedo a eu il y a deux ans un cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur avec accidents infectieux analogues ; il cite la thèse de Delucq parue sur l'ostéomyélite.

M. Rodier demande à l'auteur de la communication s'il a pu trouver la porte d'entrée de l'élément infectieux.

M. Frey n'a pu constater trace d'accidents généraux ni locaux.

M. Cruet nie toute corrélation entre le cas de M. Frey et ceux de la thèse de Delucq, dont parle M. Amoedo, ces derniers sont des cas d'ostéomyélite. M. Lannelongue croit que ce sont le plus souvent des enfants tuberculeux.

L'orateur est d'avis qu'en général ces faits sont assez rares quoiqu'il ait pu en constater. Pour lui les accidents de première ou de deuxième dentition et ceux de dent de sagesse sont semblables, terrain à part bien entendu.

Les accidents dits de dentition sont des accidents locaux dus à une éruption anormale, l'orateur ne croit pas qu'ils existent alors que l'éruption se fait normalement.

PRÉSENTATION DE PHOTOGRAPHIE

M. Cruet présente la **photographie d'un tableau anglais** peint en 1787. Cette photographie, qu'il doit à l'obligeance du Dr Bloc, représente l'appartement d'un dentiste où plusieurs opérateurs sont occupés à faire des transplantations de dents.

DISCUSSION A PROPOS DU PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

M. Cruet rappelle qu'aucun travail n'a été envoyé et qu'aucun candidat ne s'est présenté pour obtenir le prix

Digitized by Google

que Magitot avait proposé. Il y aurait lieu de modifier les conditions du concours et l'orateur propose d'attribuer en 1900 la somme de 250 francs à la meilleure thèse passée dans l'année 1899 sur un sujet de stomatologie.

M. Rodier demande, en qualité de Trésorier, la création d'une Commission du prix, le bureau n'ayant pas été convoqué pour discuter ce sujet. On n'a fait aucune publicité en province, le concours a été organisé de façon incomplète ; on n'a pas parlé des thèses soutenues en province, toutes causes obligatoires pour l'institution d'une commission d'études.

M. Hugenschmidt demande si le prix serait annuel ?

M. Cruet dit qu'il y a donc lieu de nommer une Commission du prix. Il propose en outre de nommer une deuxième Commission pour la révision des statuts :

Adopté.

Ont été nommés comme membres de la Commission du prix, MM. Frey, Jarre, Rodier.

Ont été nommés comme membres de la Commission des statuts : MM. Pietkiewicz, Hugenschmidt, Bouvet, Chompret, et Rodier.

COMPTES RENDUS DU TRÉSORIER

M. Rodier donne lecture des comptes de caisse de la Société pour l'année 1898.

L'un des Secrétaires : Dr Gourc.

Digitized by Google

CONGRÈS

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DU 2-9 AOUT 1900.

A la demande de la *Société de Stomatologie et de la Société médicale des Dentistes des hôpitaux*, il a été créé au sein du Congrès international de médecine de 1900, une SECTION DE STOMATOLOGIE aux travaux de laquelle pourront prendre part tous les docteurs en médecine français et étrangers et les savants agréés par le Comité.

Le 12 décembre 1898 les deux sociétés réunies ont procédé à la constitution du Comité d'organisation et à la nomination de son Bureau.

Voici les noms des membres du Comité :

Drs BELTRAMI, ancien interne des hôpitaux, dentiste des hôpitaux de Marseille.

CHOMPRET, secrétaire de la Société de Stomatologie.

CRUET, ancien président de la Société médicale des dentistes des hôpitaux, ancien interne des hôpitaux, dentiste des hôpitaux, examinateur près la Faculté de médecine.

FARÉ, professeur à l'École de médecine de Tours.

J.-L. FAURE, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

FERRIER (J.), secrétaire général de la Société de Stomatologie, de la Société médicale des dentistes des hôpitaux, dentiste des hôpitaux, examinateur près la Faculté de médecine.

FLEURY, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes.

GAILLARD, président de la Société médicale des dentistes des hôpitaux, dentiste des hôpitaux, examinateur près la Faculté de médecine.

GIRES, D. D. S. de l'Université de Pensylvanie.

HUGENSCHMIDT, M. D., D.D.S. de l'Université de Pensylvanie.

Digitized by Google

Dr Martin (de Lyon), membre de la Société de Stomatologie, lauréat de l'Institut.

Malassez, professeur au Collège de France.

Pietkiewicz, président de la Société de Stomatologie, dentiste des hôpitaux, examinateur près la Faculté de médecine.

Redier, professeur à la Faculté libre de Lille.

Rodier, trésorier de la Société de Stomatologie, dentiste des hôpitaux, examinateur près la Faculté de médecine.

Rosenthal (de Nancy), membre de la Société de Stomatologie.

Sebileau, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Thomas, ancien interne des hôpitaux, ex-secrétaire général de la Société de Stomatologie, dentiste des hôpitaux, examinateur près la Faculté de médecine.

Tellier (J.), ancien interne des hôpitaux de Lyon, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine.

Le Bureau du Comité d'organisation a été ainsi composé :

Dr Pietkiewicz, *président.*
Cruet, *vice-président.*
Gaillard, *vice-président.*
Ferrier, *secrétaire général.*

Le Bureau s'est adjoint comme collaborateurs les docteurs Rodier (trésorier), Hugenschmidt, Chompret et Gires.

Le Bureau s'est immédiatement préoccupé d'un local pour les séances de la section ; il a été assez heureux pour pouvoir se faire réserver à cet effet le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Invité au dernier moment par le comité central d'organisation à nommer des rapporteurs étrangers, ou à proposer des questions dont les rapporteurs seraient désignés ultérieurement, le Bureau a dû faute de temps s'arrêter à cette dernière alternative.

Les questions suivantes ont été proposées :

1° De l'intervention thérapeutique dans les anomalies de position et de direction des dents.

Digitized by Google

IIe De la prothèse immédiate dans ses applications à la chirurgie dentaire.

IIIe De l'influence des affections de la bouche et des dents sur les autres organes et systèmes généraux.

IVe Du choix des antiseptiques dans le traitement des caries dentaires.

Ve Du traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Les Drs Ch. Tomes (de Londres) et Miller (de Berlin) ont été choisis comme présidents d'honneur par le comité central.

Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées au Dr Ferrier, Secrétaire général, 39, rue Boissy d'Anglas (Paris).

Signé : Dr J. Ferrier.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Un Congrès dentaire international aura lieu à Paris, du 8 août au 13 inclus 1900.

La commission d'organisation, nommée le 18 mars par M. Picard, commissaire général de l'Exposition universelle de 1900, s'est réunie le mercredi 12 avril, sous la présidence de M. le professeur Gariel.

Dans cette séance, la Commission a constitué son Bureau de la façon suivante :

Président : M. Godon.

Vice-Présidents : MM. Dr Martin. *Secrétaires* : MM. Burt.

— Dr Queudot. — Hivert.

— Damain. — D'Argent.

— Ducournau. — Martinier.

— Schwartz. — Dr Maire.

— Ronnet. — Siffre.

Trésorier : M. Viau.

Secrétaire général : Dr Sauvez. *Trésor.-adjoint* : Rodolphe.

La Commission a de plus adopté le règlement de ce congrès, fait part des comités étrangers nommés dans les divers pays, examiné plusieurs questions relatives à l'organisation de ce Congrès.

Le Secrétaire général : Dr Sauvez.

Digitized by Google

CHOSES DE PRATIQUE COURANTE

Nous publierons sous ce titre des procédés pratiques, quelquefois nouveaux, souvent déjà connus, mais qu'il y a un intérêt professionnel à répandre. Nous prions instamment nos lecteurs de nous envoyer toutes les choses de pratique courante qui pourraient intéresser leurs coabonnés.

Nous nous ferons aussi un plaisir de répondre aux questions que l'on nous posera, sur les incidents de pratique et de donner les renseignements qu'on nous demandera, essayant ainsi d'être utiles à tous.

La Rédaction.

Procédé rapide pour enlever les amalgames. — Enlever un plombage métallique est, presque toujours, une opération difficile et laborieuse pour le praticien ; très souvent pénible et douloureuse pour le patient.

Voici un procédé simple, rapide et généralement indolore, qui, depuis quelques années, m'a donné d'excellents résultats :

Appliquer la pointe d'un thermocautère sur le bord de l'obturation.

Dès que des globes de mercure apparaissent à la surface, entourer, par de petites saccades, la pointe dans la masse obturatrice qui se ramollit en quelques secondes.

Enlever ensuite avec un excavateur l'amalgame devenu friable et complètement désagrégé.

Dans les cas de plombage trop volumineux, si la fusion n'a pas été suffisante, recommencer deux ou trois fois cette même opération.

Lorsqu'il y a deux obturations contiguës (faces approximales), il faut isoler celui des deux plombages qui doit être conservé. Pour cela, je place entre les deux un corps

Digitized by Google

non conducteur ; en général, un petit fragment de carte de visite.

Pour éviter les inconvénients de la chaleur rayonnante, il est bon de protéger la joue et les lèvres à l'aide de la digue ou d'une serviette, ou plus simplement encore, avec des feuilles de papier pliées *ad hoc*.

Le galvanocautère peut rendre les mêmes services que le thermocautère. L'ébullition du mercure est beaucoup moins rapide ; mais par contre les inconvénients du rayonnement sont considérablement atténués.

H. Rodier.

Pour obtenir des appareils de caoutchouc dont les surfaces n'aient besoin que d'un très léger polissage, lorsqu'ils sortent du vulcaniseur, employez le procédé suivant :

Lorsque la cire est terminée et prête à être mise dans le moufle, appliquez sur le modèle de plâtre une fine feuille d'étain ; brunissez-la soigneusement à l'aide d'un manche de brosse à dents bien lisse, et d'une gomme à effacer, en ayant soin de faire à l'étain des entailles pour éviter les plis. Remettez votre appareil de cire sur le modèle, appliquez de même sur toute la surface de la cire une autre feuille d'étain.

On doit, bien entendu, cuire sur ce modèle revêtu d'étain qui aura été préalablement taillé de façon à pouvoir entrer dans le moufle. On obtiendra ainsi un double avantage : La surface de l'appareil qui devra être en contact avec la muqueuse buccale, sera la reproduction très fidèle de l'empreinte ; elle n'aura pas les rugosités causées par les pores du plâtre. On n'aura donc pas à altérer par le polissage ses saillies et ses dépressions.

L'étain se détache facilement de l'appareil lorsque le modèle de plâtre est dur et lisse. Dans le cas où il adhérerait, on le dissoudrait à l'aide de l'acide chlorhydrique.

Il suffit pour cela de le tamponner avec un bois d'allumette imbibé de cet acide. Ne pas employer l'acide sulfurique qui ne dissout pas l'étain, ni l'acide nitrique qui attaque le caoutchouc.

Digitized by Google

Un moyen de nettoyer les pierres à l'huile. — On les remet à neuf en les frottant énergiquement avec un mélange de glycérine et de pierre ponce finement pulvérisée.

Alliages fusibles à basse température. — Les dentistes ont souvent besoin, principalement pour les travaux de couronnes, d'alliages fusibles à une basse température :

Le *métal de Wood* qui se liquéfie à 82° C a la formule suivante :

Bismuth	7	parties en poids.
Plomb	6	
Cadmium . . .	1	

Le *métal de Richmond* dont le point de fusion est d'environ 65° est ainsi composé :

Etain	20	parties en poids.
Plomb	19	
Cadmium . . .	13	
Bismuth	48	

Son inventeur prétend que cet alliage est aussi dur que le zinc, et qu'il peut être versé dans une impression de plâtre sans l'altérer, sans même produire de vapeur d'eau.

On peut, à l'aide de ces métaux facilement fusibles, replacer en quelques minutes une dent brisée sur un appareil de caoutchouc. Il suffit pour cela de faire, avec une fine scie, une entaille en forme de queue de pigeon, dans l'appareil de caoutchouc. La dent est mise en place, et on tasse le métal friable dans l'entaille à l'aide d'une spatule chauffée sur une lampe à alcool.

Digitized by Google

EXTRAITS ET TRADUCTIONS

Traitement sûr des canaux radiculaires, par F. MILTON SMITH, D. D. S. New-York City (1).

Nous avons quelquefois échoué, en essayant ce que d'autres avaient prétendu facile, parce qu'ils avaient négligé dans leur description quelques détails qu'ils étaient persuadés nous être familiers. Aussi mettons-nous dans la description de notre méthode plus de minutie que vous pourriez peut-être le croire nécessaire.

Notre traitement est à peu près toujours le même toutes les fois que la pulpe est disparue ; nous ne décrirons donc pas les divers cas que l'on peut rencontrer et que tous connaissent.

A moins que la dent ne soit si sensible que l'opération doive produire une grande souffrance, nous ajustons immédiatement la digue ; nous considérons ceci comme très important car cela nous laisse les deux mains libres sans que nous ayons à craindre la salive. Nous ouvrons alors la chambre pulpaire de façon à pouvoir arriver directement aux canaux radiculaires. Cela nécessite quelquefois la suppression d'une grande partie de la couronne, mais il est préférable de perdre les trois quarts de la couronne que d'en sauver les neuf dixièmes et de les avoir dans un état de fragilité telle que notre malade n'oserait pas s'en servir. Dans le premier cas nous pouvons remplacer la couronne, tandis qu'il nous est impossible de traiter la dent, si quelqu'obstacle nous empêche d'arriver directement aux canaux. Nous nettoyons ensuite mécaniquement le canal allant jusqu'à l'extrémité si possible (quelquefois nous avons été deux heures à y arriver), nous n'élargissons pas le canal plus qu'il n'est nécessaire pour avoir une entrée facile. A moins que la racine ne soit extrêmement infectée, nous nous servons

(1) Extrait de l'*International Dental Journal* (mars 1899). Nous donnons ici la traduction d'un des principaux passages d'une communication faite par le docteur F. M. Smith devant « The New York Institute of Stomatology ». Nous regrettons que le manque d'espace et de temps ne nous permette pas de publier entièrement cet intéressant travail.

Digitized by Google

rarement d'antiseptiques avant d'avoir mécaniquement nettoyé le canal. Après avoir enlevé tous les débris, s'il y a un écoulement de pus ou de sérosité nous l'absorbons très patiemment avec du papier enroulé autour d'une sonde, en ayant soin de changer à chaque fois le papier. Si nous pouvons sécher complètement le canal (nous vous prions de noter ce point), nous en faisons l'obturation permanente à cette séance quel qu'ait été son état antérieur, à moins que la douleur ne nous empêche de le faire.

Si la racine est douloureuse, nous l'ouvrons franchement pour soulager le malade et nous remettons l'opération à une autre séance.

Nous disions que nous n'obturons le canal sur le champ que si nous pouvons le sécher. Nous faisons cette réserve parce que nous avons trouvé pendant ces dix dernières années, environ six ou huit incisives où l'accumulation d'un fluide purulent, ressemblant plus à du sérum sanguin qu'à du pus réel, avait été si abondante que nous n'avons pas pu l'assécher même après avoir patiemment travaillé pendant une heure. Ordinairement même dans ce cas la dent peut être obturée à la seconde séance.

Le Docteur Flagg a conseillé de ne pas passer à travers le foramen. Pour nous, nous ne nous sentons absolument sûrs du résultat qu'après avoir dépassé l'apex avec une fine broche. Alors nous sommes sûrs que notre remède sera bien en place. Nous croyons fermement que nous n'avons pas perdu en dix ans trois dents dans lesquelles nous ayons pu pousser notre médicament à travers le foramen et obturé la racine jusqu'à l'apex. Ayant séché le canal, et y ayant passé si c'est possible une fine sonde, nous nous efforçons d'y introduire un antiseptique. Il y a quelques années nous employions une solution de chlorure de zinc à 10 0/0 et nous obturions avec de la gutta-percha dissoute dans du chloroforme, à la consistance de crême, dans laquelle nous mélangions une certaine quantité d'iodoforme. L'iodoforme n'étant pas parfaitement soluble dans le chloroforme, nous agitons la mixture avant de nous en servir.

Quoique le chlorure de zinc soit efficace nous le croyons irritant et depuis sept ans nous l'avons remplacé par l'acide phénique.

Pour faire parvenir l'acide phénique jusqu'à l'apex, nous en mettons une goutte dans le canal, puis nous plaçons un morceau de gutta-percha ramollie dans la cavité et avec un brunissoir nous le poussons dans la racine.

Digitized by Google

Quand nous sommes sûrs que notre acide phénique est à sa place, nous séchons la racine aussi complètement que possible, puis nous l'obturons avec notre solution de gutta-percha et nous fermons l'entrée avec de petits cônes de papier absorbant plongés dans la solution et enfoncés aussi complètement que possible dans la racine. Si le canal est si petit que nous ne puissions faire passer le papier, après avoir placé notre chloro-percha, nous poussons, avec une fine broche aussi loin que nous pouvons, un morceau de fil d'or de 18 carats. Le Dr J. S. Perry de cette ville (New-York) indiquait il y a quelques années une méthode semblable, mais il prenait un fil plus gros et limait une des extrémités en pointe fine.

Si le foramen est large, nous passons au travers une broche en crochet après avoir passé sur la tige de la broche un morceau de digue en caoutchouc, puis nous la retirons jusqu'à ce que nous sentions le crochet arrêté par le bord de la racine. Nous faisons alors monter notre caoutchouc jusqu'à ce qu'il touche le bord de la cavité, nous retirons la broche avec soin et nous avons ainsi la longueur exacte de la racine.

Nous prenons maintenant un fouloir spécial, nous plaçons à son extrémité un morceau de gutta-percha ramollie, puis nous faisons une marque sur la tige du fouloir pour indiquer, à partir de l'extrémité de la gutta-percha, la longueur de notre racine. Après avoir placé notre solution de gutta-percha dans la racine, nous enfonçons notre fouloir jusqu'au bout, nous arrêtant quand la marque faite sur l'instrument arrive au bord de la cavité ; nous enfonçons ensuite dans le canal du papier trempé dans la solution mentionnée plus haut et nous obturons le dernier tiers avec de l'oxyphosphate.

Dans les cas où il y a fistule nous avons souvent poussé notre solution de gutta-percha à travers la fistule et nous n'en avons jamais eu de désagrément. Nous trouvons quelques dents où le canal est si fin que nous ne pouvons y introduire notre fil d'or. Dans ce cas nous n'obturons pas, mais nous essayons cependant d'y introduire un peu de notre chloro-percha.

Nous avons l'habitude, après avoir ainsi soigné et obturé une dent, de dire au malade qu'il pourra avoir des douleurs assez violentes quelques heures après le traitement. Très souvent cette prédiction ne s'accomplit pas et le patient en est agréablement surpris ; si cela arrive il n'est pas effrayé et endure la souffrance tant qu'elle subsiste.

Digitized by Google

ANALYSES

Tout ouvrage dont nous recevons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu. Les adresser au secrétaire de la Rédaction.

LIVRES ET BROCHURES

Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche, par le Dr Cruet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Je veux présenter aux lecteurs de ce journal le livre que le Dr Cruet a publié dernièrement chez Masson dans la collection Proust sous le titre : *Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche* et qui pourrait aussi justement porter celui de *Précis de Stomatologie*.

Dans ce volume, en effet, se trouve condensé, sous une forme très claire, tout ce qui a trait à la pathologie et à la thérapeutique des affections de la bouche et des dents, tout ce qui intéresse en un mot la stomatologie.

L'ouvrage, précédé d'une très intéressante préface du professeur Lannelongue, est divisé en quatre grandes sections dont je vais essayer d'indiquer les points principaux et les plus originaux.

La *première partie* est un exposé succinct de l'anatomie et de la physiologie de la bouche, avec quelques détails sur le milieu buccal, très utiles à connaître avant d'aborder la pathologie qui fait l'objet de la seconde et plus importante partie du livre.

C'est ici que l'auteur se révèle clinicien et original dans sa conception nouvelle de cette pathologie si obscure et si diffuse jusqu'ici. Il a su mettre ordre et clarté dans la classification et la description des stomatites et des gingivites. Le fil conducteur qui le guide à travers le dédale de toutes ces affections si diverses au premier abord : c'est l'idée de l'infection locale de laquelle il fait tout découler.

Ce qui m'a, en effet, complètement séduit dans cette manière de voir, c'est la facilité avec laquelle, grâce à elle, on s'explique la pathogénie de certaines affections sur laquelle on discute depuis si longtemps sans arriver à se mettre d'accord ;

Digitized by Google

tels les accidents de la première et troisième dentition, la nécrose phosphorée, le tic douloureux de la face.

Le chapitre des anomalies dentaires est une mise au point très succincte, mais suffisante des divers procédés d'orthodontie usités de nos jours. Le spécialiste qui souvent, en face d'un cas donné, hésite entre plusieurs appareils ou méthodes, chaque inventeur prônant le sien, n'aura qu'à consulter la longue expérience du Dr Cruet, et évitera ainsi bien des tâtonnements et des pertes de temps.

La pathologie de la dent : carie, pulpite, arthrite, périostite, est exposée avec précision. Ce chapitre et le suivant qui traite des maladies d'origine buccale et de voisinage (adénites, fistules dentaires, accidents de l'oreille, névralgies faciales d'origine dentaire, tic douloureux de la face) sont les plus importants ; et il est à souhaiter que l'auteur nous donne dans ce journal ou dans des monographies ultérieures, les développements que réclament certains de ces sujets.

De la *troisième partie*, c'est-à-dire des opérations qui se pratiquent sur la bouche et les dents, je ne dirai que quelques mots. Le Dr Cruet recommande à peu près exclusivement l'anesthésie locale par la réfrigération et les injections de chlorhydrate de cocaïne qui, d'après le Professeur Dastre, est incontestablement le meilleur des anesthésiques locaux ; la solution qu'il emploie est au 1/70 environ. On ne doit opérer que cinq minutes après la première injection, c'est-à-dire après que l'anesthésique a produit son effet. *Le malade ne devra pas être à jeun afin d'éviter le plus possible l'action du poison sur le système nerveux central et la tendance à la syncope.*

Enfin la *quatrième partie* : Hygiène et thérapeutique générale, est la conclusion naturelle de ce livre. Dans un chapitre consacré aux agents de l'antisepsie l'auteur passe en revue les antiseptiques employés pour la bouche, discute leur valeur, leurs avantages et leurs inconvénients. Il donne dans le suivant une série de sages conseils relativement aux soins à donner aux dents et à la bouche, s'élevant avec juste raison contre certains abus de la brosse et des poudres ou opiats ; contre les hochets chez les enfants. Il fait également le procès du tabac sous toutes les formes, battant en brèche un préjugé populaire qui veut faire de cette plante un agent microbicide ; et insiste enfin sur les soins qu'on doit donner à la bouche des malades dans les affections générales. Il recommande le savonnage des dents qui dissout les mucus et les matières grasses qui recouvrent la surface des dents. *Il faut laver ses dents comme ses mains, et les mains ne sont bien lavées qu'au savon.*

Digitized by Google

Il consacre aussi quelques lignes à l'hygiène dans les écoles et les casernes.

L'ouvrage du Dr Cruet sera lu et souvent consulté avec fruit par le spécialiste, mais est appelé à rendre aussi de réels services au praticien obligé d'être un peu dentiste comme il est oculiste et laryngologiste. D'ailleurs la simple lecture de la table des matières montrera aux uns et aux autres toute l'importance des sujets traités et par conséquent l'utilité incontestable de ce livre qui vient combler une lacune dans la littérature médicale.

Dr Duchein.

Des lésions des dents et de la muqueuse gingivale dans les diverses diathèses, par le Dr J. Tellier.

Le titre que porte le mémoire de M. le Dr Tellier semble présager un sujet des plus vastes qui embrasserait à lui seul l'ensemble des connaissances stomatologiques, mais maintenu dans les cadres d'un rapport de congrès, l'auteur ne nous présente qu'une rapide vue d'ensemble de ces questions. Tel quel cependant l'ouvrage présente un réel intérêt par les aperçus mêmes qu'il entr'ouvre.

Après un examen critique de ce que l'on doit entendre par le terme encore si imprécis de diathèse, l'auteur retient les sept états pathologiques chroniques suivants dont il va successivement indiquer l'influence sur le système gingivo-dentaire, c'est-à-dire : le diabète, la goutte, le rhumatisme, la scrofule, le rachitisme, l'ostéomalacie et la syphilis.

La première de ces affections, le diabète, est celle que l'auteur étudie avec le plus de développement dans ses rapports pathologiques avec la région gingivo-dentaire. Disons en passant que cette désignation de région *gingivo-dentaire* nous paraît heureusement choisie, car elle précise bien le rapport étroit qui unit le tissu gingival au système dentaire et fait saisir la solidarité de leurs communes affections ; notamment depuis qu'il est universellement admis que la pyorrhée alvéolaire, cette maladie si généralisée, a pour début initial l'altération gingivale.

Toutes les théories ou les hypothèses qui ont été émises concernant les lésions gingivo-dentaires déterminées par le diabète se trouvent très nettement exposées et fort clairement discutées dans l'ouvrage du Dr Tellier.

C'est ainsi notamment que les questions d'imprégnation des tissus par le sucre que charrient les vaisseaux sanguins, de la

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
OCT 6 1920
LIBRARY

diminution de la sécrétion salivaire, réduisant de la sorte l'immunité normale de la cavité buccale contre les agents microbiens, sont très judicieusement mises en relief.

En ce qui concerne la goutte et le rhumatisme, ces deux affections si rapprochées, l'auteur développe des considérations souvent analogues ou parallèles à celles qu'il a décrites au sujet du diabète, l'acide urique remplaçant ici le sucre comme agent d'irritation ou d'imprégnation. En somme, conformément aux doctrines généralement admises, les produits de désassimilation qui résultent des précédentes maladies déterminent une altération mécanique du tissu gingival qui offre ainsi à l'invasion microbienne une résistance d'autant moindre que l'immunité bactérienne se trouve très réduite et l'infection devient cause efficiente de l'arthrite alvéolaire comme de la carie dentaire.

En ce qui concerne les autres états constitutionnels que l'auteur s'est proposé d'aborder, nous sentons la difficulté qu'il a éprouvée à établir la part qui peut revenir en propre à chacun de ces états dans les troubles ou malformations qu'ils peuvent apporter dans la région gingivo-dentaire. Il n'est pas aisé, en effet, de pouvoir rattacher tel ou tel accident à des états qui, comme la scrofule et le rachitisme, ou bien le rachitisme et la syphilis héréditaire, ont entre eux des lignes de démarcation si mal définies qu'on ne peut encore, dans l'état de nos connaissances, ni les séparer complètement ni les fusionner tout à fait.

Leur solidarité est bien soupçonnée, mais on ne peut encore leur établir une parenté définitive. Quoi qu'il en soit, M. le Dr Tellier, avec une très grande science bibliographique, nous expose rapidement les points saillants des travaux des auteurs qui ont étudié ces questions spéciales. Chemin faisant, notre confrère ne se lasse jamais d'éveiller la sagacité du lecteur en lui signalant l'hypothèse qu'il serait utile de confirmer par des expériences dont il indique la donnée.

La conclusion qui s'impose à l'esprit après la lecture du travail de M. le Dr Tellier est une sorte de besoin de résumer tous les symptômes spéciaux déterminés par ces diathèses et de se rendre compte s'il serait possible de distinguer et nettement attribuer à un état diathésique déterminé telle gingivite, telle arthrite. L'auteur, du reste, n'a pas manqué d'obéir à cette suggestion et il y a consacré son dernier chapitre, mais les conclusions de cette synthèse séméiologique sont à peu près négatives. Il nous semble pour notre part qu'il y aurait peut-

Digitized by Google

être là cependant matière à un examen plus approfondi pouvant donner des résultats de quelque précision, si l'on excepte toutefois le rachitisme et l'hérédo-syphilis. C'est ainsi que la scrofule ou l'état lymphatique pourrait présenter comme élément caractéristique son développement glandulaire ou type adénoïdien. Dans le diabète encore, le processus de la gingivite, son état particulièrement fongueux, sa stase sanguine, enfin la rapidité même de l'évolution de la pyorrhée, pourraient se différencier assez nettement de l'arthrite, du rhumatisant ou du goutteux, etc.

En résumé, nous sommes heureux d'avoir pu apprécier l'ouvrage de M. le Dr Tellier, ouvrage conçu dans un esprit vraiment scientifique, suscitant et mettant au point les nombreuses et intéressantes questions de notre littérature médicale spéciale.

Dr Ch. Bouvet.

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

Scorbut infantile.

Dans les *Archives de Médecine des enfants*, le Dr Comby publie une observation qui intéresse le spécialiste de la bouche à cause des symptômes buccaux qui y sont relatés.

Il s'agit d'un cas de scorbut infantile (maladie de Barlow), affection rare en France, fréquente dans les pays où les spécialités alimentaires sont employées pour les enfants, et que nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs fois aux États-Unis.

Les symptômes de cette affection sont des douleurs dans les mouvements ; des troubles de la motilité (pseudo-paralysie) principalement dans les membres inférieurs, des hémorrhagies, des tuméfactions osseuses (hématomes) et, d'une manière presque constante, des lésions des gencives. Ces lésions assez caractéristiques vont depuis le simple gonflement jusqu'aux fongosités et ulcérations. Elles se présentent en général sous la forme de pustules et d'ecchymoses situées sur le rebord alvéolaire. Les pustules crèvent, et laissent échapper un sang noirâtre, la stomatorrhagie est fréquente. Lorsqu'on n'intervient pas à temps, il n'est pas rare d'observer la nécrose des procès alvéolaires.

Les érosions, la décalcification des dents, et leur prédisposition aux caries sont des suites funestes de la maladie de Barlow.

Digitized by Google

NOUVELLES

Le 23 février dernier, se reunissaient au restaurant Lapérouse une trentaine de médecins venant fêter la croix de la Légion d'honneur de leur confrère, le Dr G. Gaillard.

Cette décoration donnée à un dentiste des Hôpitaux, fondateur des Ecoles dentaires de France, ne pouvait être accueillie par des suffrages plus unanimes et plus sincères, car elle venait couronner la carrière d'un de ceux qui font le plus d'honneur à la stomatologie.

Tenant de son père un grand sens pratique et une habileté remarquable pour tout ce qui a rapport à l'art dentaire, le Dr G. Gaillard se montra par des études approfondies et des recherches intelligemment conduites un homme de science aussi expérimenté qu'il était un excellent praticien.

Son amabilité, son accueil toujours cordial et profitable pour les jeunes l'entoura d'élèves et d'amis sincères, heureux de fêter une croix dont l'éclat rejaillit sur la profession tout entière, étant donnée à l'un de ses membres les plus méritants.

C'est ce que dirent en quelques mots cordiaux les docteurs Cruet, Romanat, Pietkiewicz, Rodier, Chompret, au cours de cette soirée de famille dont chacun gardera le meilleur souvenir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

ÉLECTION D'UN MEMBRE ASSOCIÉ LIBRE.

Premier tour de scrutin :

MM.	Filhol.	48 suffrages. Elu.
	Galippe	24
	Commenge	2
	Galézowski.	4
	Corlieu	1
Bulletins blancs		2

Le *Congrès odontologique suisse* pour l'année 1899 aura lieu à Lucerne les 6, 7 et 8 mai.

Digitized by Google

IIe Congrès national odontologique de Russie.

Ce congrès aura lieu du 10 au 15 juillet 1899 à Saint-Pétersbourg.

Les principales questions que l'on désire traiter cliniquement sont: couronnes en or et travaux à pont, traitement de dents à pulpe morte.

Missions. — Le Dr Paul Gires qui avait été chargé d'une mission aux Etats-Unis d'Amérique à l'effet d'étudier l'enseignement dentaire de ce pays, vient de remettre son rapport à M. le Ministre de l'Instruction publique.

Ce rapport long et documenté comprend une étude approfondie de plusieurs écoles dentaires qui peuvent être considérées comme types des deux sortes d'écoles :

1° Celles qui font partie d'une Université ou d'une Ecole de Médecine.

2° Celles qui sont indépendantes.

Après une description minutieuse de l'aménagement de ces écoles, l'auteur s'attache à étudier leurs systèmes d'enseignement théorique et pratique. Il donne les programmes détaillés des cours, explique la manière dont sont faits les travaux pratiques et démonstrations, et fait remarquer l'esprit méthodique et systématique qui préside à l'enseignement dentaire américain.

Un chapitre est consacré aux examens que l'Etat fait passer devant une commission spéciale pour accorder la licence de libre pratique aux diplômés des écoles.

A ce rapport sont annexés :

1° Une étude sur une école dentaire anglaise.

2° Une étude sur les écoles dentaires suisses.

3° Une analyse des lois dentaires des États-Unis, de Suisse, d'Angleterre, d'Italie, d'Autriche et d'Allemagne.

4° Des extraits de discours et de rapports montrant l'opinion du monde scientifique américain sur les études et la législation dentaire.

5° La traduction du rapport que le professeur Julius Scheff de Vienne a lu au Congrès de Moscou sur les études dentaires.

Digitized by Google

Le gouvernement de Roumanie a envoyé M. le Dr A. Zentler pour étudier l'enseignement dentaire en France. L'envoyé Roumain a étudié le fonctionnement des Ecoles dentaires, visité les services dentaires des hôpitaux, et interviewé les principaux représentants de l'art dentaire à Paris. Il est reparti pensant qu'il restait encore beaucoup à faire à la France pour pouvoir servir de modèle à la Roumanie au point de vue de l'enseignement dentaire.

On parle beaucoup depuis quelque temps aux États-Unis, de la création d'un *Corps de Dentistes* dans les armées de terre et de mer. Cette question serait peut-être prématurée en France ; mais ne serait-il pas cependant désirable que quelques médecins du corps de santé militaire connaissent spécialement les maladies de la bouche et des dents.

Le Conseil de l'Université de Paris a autorisé l'ouverture des cours libres ci-après, à la Faculté de Médecine :

Le Dr M. Petit. — *Stomatologie, clinique et thérapeutique.*

Le Dr Dunogier. — *Pathologie et thérapeutique dentaires.*

Nous recevons la lettre suivante avec prière d'insérer :

Paris, le 25 avril 1899.

Monsieur le Directeur de la *Revue de Stomatologie.*

J'ai l'honneur de vous informer qu'après une étude très approfondie par un groupe de Dentistes de Paris, je viens de mettre en souscription les 1.600 actions de 250 francs, entièrement libérées de la « Société Française de fournitures dentaires » en formation, succession de la maison P. A. Kœlliker et Cie (siège social : 35 bis, rue de la Chaussée d'Antin, Paris). Cette souscription sera probablement close au commencement du mois de juin.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma plus haute considération.

G. Ott.

Digitized by Google

LIVRES ET JOURNAUX REÇUS

Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche, par le Dr Cruet, précédé d'une préface par le professeur Lannelongue. — Masson et Cie, éditeurs.

De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion, par le Dr E. Sauvez.

De l'influence de la grossesse sur les dents, par le Dr Ed. Terrier (Thèse 1898).

Contribution à l'étude clinique du muguet chez l'enfant, par le Dr B. Boïadjieff (Thèse Montpellier).

Sur le traitement du muguet chez le nouveau-né, par le Dr Cohendy (Thèse 1899).

Diagnostic des abcès du sinus maxillaire, par le Dr Charles Lucius (Thèse 1898).

Du rôle de l'hyperacidité organique et des sulfocyanures salivaires dans l'abrasion chimique des dents, par M. Michaels.

Des lésions des dents et de la muqueuse gingivale dans les diverses diathèses, par le Dr Julien Tellier, ancien interne des hôpitaux de Lyon, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine.

Essai de Bibliographie médicale. — Etude analytique des principaux répertoires bibliographiques concernant les sciences médicales, par le Dr Lucien Hahn, sous-bibliothécaire délégué à la Faculté de Médecine de Paris (G. Steinheil, éditeur).

Contribucion al estudio odontologico, par D. Adolfo Damians, ex-interne de l'hospital de la Santa Cruz de Barcelone.

Dental Cosmos (numéros de janvier, février, mars et avril).

Digitized by Google

L'art dentaire en médecine légale, par le Dr Oscar Amoedo, Professeur à l'École odontotechnique de Paris. — 1 vol. grand in-8°, impression de luxe, avec 70 figures et 32 tableaux dans le texte, reliure amateur en peau, tête dorée (Masson et Cie, édit.) . . . . . **12** fr.

Cet ouvrage est le premier paru, tant en France qu'à l'étranger, sur ce sujet spécial.

L'auteur commence par une étude approfondie de l'anatomie dentaire, convaincu, comme il l'est, que cette étude est indispensable pour mener à bien toute expertise médico-légale concernant les dents. Puis il étudie les variations du système dentaire dans les différentes races humaines et aussi celles que présentent certaines classes de dégénérés : criminels, idiots, prostituées, nains.

Les dents en rapport avec la pathologie générale, la carie dentaire, l'érosion dentaire, les lésions professionnelles des dents, les lésions traumatiques, les morsures, les usures, la résistance des dents après la mort, la jurisprudence et la notation dentaires, constituent une suite de chapitres du plus haut intérêt et que l'auteur a traités avec un soin tout particulier.

Une série de cinquante-deux observations des plus intéressantes dans lesquelles les dents ont été l'unique moyen d'établir l'identité, ou la non-identité des restes de cadavres, constitue une partie des plus curieuses de cet ouvrage.

Parmi ces observations, nous citerons celles de la duchesse d'Alençon et des autres victimes du bazar de la Charité, du prince impérial, de Napoléon Ier, du marquis de Morès, Louis XVII, Gouffé, Tremblier, etc., etc.

Une riche bibliographie et un index alphabétique terminent le livre.

Malgré son fond éminemment scientifique, qui le rend précieux aux dentistes, aux médecins, aux avocats, ce livre, écrit dans une langue claire et rapide, a sa place marquée dans la bibliothèque de tous.

Digitized by Google

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE LA DENT D'HUTCHINSON

PAR

le Docteur Chompret (1)

La dent d'Hutchinson ne nous paraît pas être bien connue de la majorité des médecins, qui cependant, désignent sous ce nom des érosions très différentes et n'ayant aucun rapport avec la lésion décrite par l'auteur anglais ; aussi croyons-nous utile de rappeler quelle est vraiment cette dent, et d'en donner une description aussi complète que possible.

C'est en 1856 que le syphilographe anglais décrivit la dent qui porte son nom, et depuis, il s'est élevé maintes fois contre les modifications et les altérations apportées au tableau qu'il fit de ce qu'il regardait comme une érosion d'origine syphilitique. Voici d'ailleurs ce qu'il disait : « Il y a un état particulier des dents qui résulte de l'influence de la syphilis héréditaire ; voici quels sont les caractères les plus fréquents de cet état :

« Les dents sont petites, espacées les unes des autres ; au lieu d'être plates, elles sont souvent arrondies. Leur bord libre est échancré, cette échancrure est large et peu profonde, quelquefois elle est remplacée par des dentelures en forme de scie. Les dents offrent peu de résistance et pour cette raison sont exposées à une usure rapide.

« Au lieu d'être claires, unies à leur surface comme les dents saines, les dents altérées présentent une coloration d'un noir sale et sont complètement dépolies et rugueuses. »

Les dents d'Hutchinson sont des incisives supérieures centrales permanentes, possédant une échancrure semi-

(1) Communication faite à la *Société de Stomatologie*.

Digitized by Google

lunaire du bord libre, la convexité regardant le collet de la dent.

Parfois ces dents sont courtes,étroites, atrophiées ; mais dans d'autres cas elles sont fortes, trapues, épaisses comme chez un jeune sujet que nous avons présenté à la Société de Stomatologie.

Le professeur Fournier leur attribue une forme en *tournevis*, c'est-à-dire que leur diamètre au collet serait plus grand qu'au niveau du bord libre. Ce caractère n'est pas constant, car, lorsqu'on a soin d'enlever le tartre qui avoisine la gencive, on trouve que bien souvent ces dents ont vraiment une taille, un collet.

On a dit aussi que les incisives d'Hutchinson étaient fréquemment déviées sur leur axe et qu'elles affectaient une direction oblique convergente. Cette anomalie de direction peut certainement se présenter, mais nous ne l'avons constatée que par exception.

Presque toujours nous avons vu ces dents occuper une place normale dans la courbe régulière de l'arcade dentaire et, lorsqu'elles étaient *désorientées*, selon l'expression que nous avons donnée le premier, nous trouvions toujours d'autres anomalies, soit que des dents voisines manquassent ou fussent atrophiées, ou qu'il y eût vice de position et de direction dans tout ou partie du système dentaire.

La dent d'Hutchinson ne naît pas telle que nous l'avons décrite plus haut, avec son échancrure marginale semilunaire. Au moment de son éruption, elle affecte la forme d'un ovoïde aplati, partagé en deux parties inégales et limitées par un sillon à convexité tournée vers le collet. On dirait que le pôle inférieur de la dent a été pris dans un cercle puissant au moment de son développement et que, sous ce lien qui l'étreignait, la portion incisive de la dent s'est trouvée privée de nourriture et atrophiée. Il est donc au-dessous de ce sillon une sorte d'appendice, une masse d'émail plus ou moins grande, peu épaisse d'ordinaire, offrant souvent l'aspect de végétations, de dentelures où on reconnaît parfois les 3 centres de développement de la dent. D'autres fois, et cela lorsque la lésion

Digitized by Google

remonte à une époque plus lointaine, la masse appendiculaire est considérable et semble une dent greffée au-dessous d'une autre dent plus volumineuse dont le bord libre aurait été évidé en cuvette pour la recevoir.

C'est un exemple de ce genre que nous avons vu chez un malade de notre maître, le professeur Fournier, et dont nous avons présenté le moulage à la Société de Stomatologie.

Sous le travail de la mastication, cette région amincie,

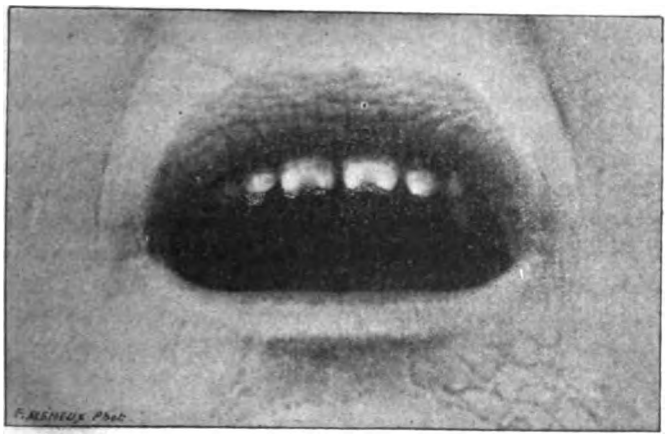


Fig. 1. — Dents d'Hutchinson (1).

peu résistante, s'use bien vite et disparaît, laissant à sa place une échancrure taillée aux dépens du bord antérieur de la dent.

C'est alors et seulement à ce moment-là, qu'on a le type décrit sous le nom de dent d'Hutchinson.

Les cuspides latérales ainsi formées peuvent à leur tour s'user, et la dent, perdant son caractère, présentera plus tard un bord libre presque horizontal. Il sera alors très difficile de voir à première vue si l'on a affaire à une véritable dent d'Hutchinson.

Si l'on regarde le pôle inférieur de cette dent, on s'aper-

(1) Figure due à l'obligeance du Dr Ed. Fournier et empruntée à son travail *Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*.

Digitized by Google

çoit qu'elle est légèrement évidée en cupule et que la dentine mise à nu, tranche par sa coloration brunâtre sur le blanc nacré de l'émail périphérique.

La dent d'Hutchinson est presque toujours recouverte de tartre jaune noirâtre, ce qui a pu faire croire que c'était là sa teinte normale ; il n'en est rien, et cette dent débarrassée de toute cause extrinsèque de coloration et nettoyée, offrira le même aspect que les dents voisines normales.

Fig. 2. — Type de dents d'Hutchinson.

La dent d'Hutchinson ne nous paraît pas offrir moins de résistance à la carie que la dent normale. Il semble au contraire qu'une sorte de bride cicatricielle protège la dent dès qu'elle a perdu son appendice dentelé atrophique, et qu'à partir de ce moment elle oppose aux microbes une barrière plus difficile à franchir. Elle s'use volontiers, mais elle se carie difficilement.

La lésion décrite par Hutchinson se voit toujours en même temps sur les deux incisives centrales supérieures et elle nous a paru être toujours accompagnée d'autres malformations du système dentaire.

Je ne veux pas passer en revue ici, toutes ces lésions possibles qui vont depuis l'absence congénitale de certai-

Digitized by Google

nes dents, avec ou sans persistance de dents de lait, jusqu'à la simple érosion. Je dirai simplement que, en coïncidence avec la dent d'Hutchinson, j'ai toujours trouvé des érosions sur les autres dents et en particulier sur les grosses molaires, les incisives et les canines. J'ai même vu un cas très intéressant où un même sujet offrait la dent d'Hutchinson et des érosions sur ses canines et molaires de lait.

La dent d'Hutchinson est-elle pathognomonique de la syphilis héréditaire ? Je réponds sans hésitation *non*, car nous l'avons rencontrée chez des gens n'ayant aucune tare de ce genre, mais qui, soit pendant la vie fœtale, soit pendant les premiers mois de leur existence, avaient souffert par suite d'une maladie de leur mère enceinte ou d'une maladie de leur jeune âge. La tuberculose en particulier pourra amener de semblables désordres, l'albuminurie et toutes les manifestations de l'intoxication auto-gravidique, l'alcoolisme maternel agiront de même.

Je pourrais également faire défiler toutes les maladies de l'enfance, rougeole, scarlatine, variole, et toutes les causes graves de dénutrition qui sévissent à ce moment.

Je ferai seulement remarquer avec mon maître, le professeur Fournier, que la syphilis est l'affection qui, pendant cette période de l'existence, laisse de tous côtés dans l'organisme le plus de traces indélébiles.

Il est d'ailleurs certain qu'on retrouve presque toujours la syphilis dans l'hérédité des malades porteurs de dents d'Hutchinson, tandis qu'on ne trouve jamais cette dent chez les idiots présentant cependant tous des malformations dentaires.

La dent d'Hutchinson que je décrirai : « Un ovoïde aplati dont le pôle inférieur est coupé par un coup d'ongle » est donc une lésion témoignant d'un trouble nutritif survenu dans le plus jeune âge sous l'influence d'une hérédité toxique ou infectieuse quelconque, mais qui est plus probablement l'hérédité syphilitique.

Digitized by Google

LA NIRVANINE, SON EMPLOI EN STOMATOLOGIE COMME ANESTHÉSIQUE LOCAL

PAR

MM. Dumont et A. Legrand.

La nirvanine est un nouvel anesthésique local, récemment découvert par MM. Einhorn et Heim de Munich, qui, en 1897, avaient déjà réussi à préparer l'orthoforme.

Au point de vue chimique, la nirvanine est le chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide diéthylglycocollamidoxybenzoïque. Cette substance se présente dans le commerce sous la forme d'une poudre blanche, qui cristallise dans l'alcool absolu en prismes fondant à 185°. Elle se dissout facilement dans l'eau en donnant un liquide neutre aux réactifs (1).

L'expérimentation clinique de la nirvanine a été faite par M. le Dr Luxemburger, assistant à la polyclinique de Munich. Il résulte des travaux de cet auteur que la nirvanine est un bon anesthésique local, pouvant, dans certaines opérations, être substituée aux différents anesthésiques locaux jusqu'alors employés.

L'étude physiologique n'est encore qu'ébauchée et MM. Jouanin et Legrand qui poursuivent cette étude au laboratoire de M. le professeur Pouchet sont à peu près d'accord avec M. le Dr Luxemburger au sujet de la faible toxicité de ce nouvel anesthésique.

Par ses propriétés physiologiques, la nirvanine semble se rapprocher des eucaïnes ; comme avec ces dernières, la mort semble se produire par paralysie du centre respiratoire. Après une période prodromique de courte durée, les animaux auxquels on a injecté une dose toxique de nirvanine, meurent, et à la nécropsie, on trouve les poumons exsangues et le cœur en diastole.

La nirvanine, d'après les expériences du Dr Luxemburger, serait douée de propriétés antiseptiques énergiques.

(1) L'échantillon de nirvanine qui nous a servi pour nos expériences, a été mis gracieusement à notre disposition par MM. Max frères de Paris.

Digitized by Google

Ainsi, une solution à 1 0/0 supprimerait tous les processus de fermentation et de putréfaction. Enfin, ses solutions peuvent être stérilisées sans se décomposer.

Nous avons pu répéter à la clinique dentaire de la Pitié les expériences du savant expérimentateur de Munich, et ce sont les résultats de ces essais que nous venons exposer.

Titre des solutions. — Dans toutes nos expériences nous nous sommes servis de la solution à 5 0/0. C'est d'ailleurs celle qui a été préconisée par Luxemburger, Rotenberger et Marcus.

Ces auteurs ont, en effet, observé que les solutions de faible titre 1/2 — 1 — 2 0/0 exigent parfois un temps considérable pour produire l'analgésie maxima. Ainsi, pour une opération d'ongle incarné, l'anesthésie n'a été obtenue qu'au bout de dix minutes ; pour une opération sur la main (Oberst) il a fallu laisser entre l'injection et l'opération un intervalle de vingt-sept minutes.

La lenteur d'action des solutions de faible titre, les a fait écarter de la pratique courante.

Equivalent thérapeutique. — Il résulte des expériences de M. le Dr Luxemburger, que 0,50 seraient l'équivalent thérapeutique. L'auteur a rarement dépassé 0,40, et il a pu noter qu'entre 0,40 et 0,50, un de ses malades a eu un accès de nausée.

Jusqu'à plus ample information, nous considérerons 0,40 comme l'équivalent thérapeutique de la nirvanine.

Dans toutes nos expériences qui sont au nombre de 26, nous n'avons jamais eu à noter le moindre accident. Il faut, il est vrai, dire que nous n'avons jamais injecté plus de 20 centigrammes de nirvanine.

Technique : 1° *Opération sur les dents.* — Dans certains cas on peut diminuer la sensibilité de la dentine en appliquant, ainsi que le fait Marcus, un tampon de ouate imbibé de solution à 5 0/0; au bout de 5 minutes, on peut fraiser la carie. Le pansement caustique peut être rendu indolore en mélangeant parties égales d'acide arsénieux et de nirvanine.

2° *Extractions.* — Une anesthésie ne sera satisfaisante qu'autant que l'on aura suivi une bonne technique. Plus

Digitized by Google

on étudie la question de l'anesthésie en stomatologie, plus on reconnait que bon nombre d'opérateurs échouent parce qu'ils pratiquent mal leur anesthésie.

La meilleure technique à suivre est celle indiquée par M. le professeur Reclus.

« J'applique, dit-il, sur la gencive, en dehors de la dent que je veux arracher, une petite lame de ouate hydrophile imbibée de cocaïne et je recommande au patient de ne pas avaler sa salive. Au bout de quelques minutes la muqueuse est insensible ; je plante dans son épaisseur la pointe de l'aiguille de la seringue et je pousse ; la muqueuse blanchit ; j'avance péniblement du collet vers la racine et je vais profondément, d'autant plus profondément que la racine de la dent est plus longue. C'est dire que je ne crains pas de cheminer de 1 centimètre à 2 et à 3 centimètres lorsqu'il s'agit de la canine ou des grosses molaires. Cette insensibilisation à la partie externe du maxillaire ne me suffit pas ; je la répète à la partie interne, parfois même en avant ou en arrière, de façon que les quatre faces de l'alvéole soient circonscrites par une injection. J'attends 5 minutes et je pratique l'extraction.

Ce qui caractérise une anesthésie bien faite, c'est d'une part, la résistance que l'on éprouve à pousser son injection dans la fibro-muqueuse gingivale, et d'autre part l'aspect blanchâtre que présente la région infiltrée. »

Cette méthode est parfaite et quand elle est suivie exactement, elle ne donne, sauf le cas de gencives fongueuses, d'abcès ou de périostite, jamais d'insuccès.

Nous avons, en suivant la technique du Dr Reclus, et avec la solution à 5 0/0, pratiqué 26 opérations sur les dents. Ces 26 opérations se répartissent en 25 extractions et une ablation d'épulis.

Epulis. — La petite tumeur siège sur le maxillaire inférieur, et s'étend de la canine à la deuxième prémolaire gauche. L'anesthésie a été obtenue avec 4 centimètres cubes de solution de nirvanine à 5 0/0 (20 centigr. de nirvanine), et l'ablation de la tumeur a été faite au thermo-cautère.

L'opération a parfaitement réussi, et la malade quoique très nerveuse n'a éprouvé aucune douleur.

Digitized by Google

Parmi les extractions, nous ne citerons que celles qui nous paraissent le plus intéressantes :

1° Jeune homme de 17 ans vient à la consultation pour se faire extraire la 2e grosse molaire gauche inférieure qui présente une carie du 3e degré. Nous pratiquons l'anesthésie, et trois minutes après nous procédons à l'extraction. Celle-ci a été effectuée sans que le malade accuse la moindre douleur. D'ailleurs ce dernier, après l'extraction, restait dans le fauteuil ne croyant pas que sa dent fût enlevée.

2° Femme de 39 ans, vient se faire extraire la 2e molaire droite inférieure. Anesthésie avec la nirvanine à 5 0/0, et extraction après 3 minutes. La malade n'ayant éprouvé aucune douleur, demande à ce qu'on lui enlève la 2e grosse molaire gauche inférieure par le même procédé. Satisfaction lui fut donnée, et cette deuxième opération fut effectuée avec le même succès que la première.

Nous croyons inutile de multiplier ces observations, nous rapporterons seulement ce que nous avons observé au cours de nos expériences.

Dans tous les cas, l'extraction a été suivie d'un écoulement sanguin abondant. Le sang qui s'échappait de la plaie était rouge vif comme s'il avait été oxygéné. Au bout d'une à deux minutes, l'écoulement semblait tari ; mais bientôt il reprenait avec autant d'intensité qu'au début.

La nirvanine semble donc justiciable des mêmes reproches que l'eucaïne, aussi, pour remédier à cet inconvénient, l'un de nous, M. Legrand, a-t-il imaginé une solution gélatineuse qu'il désigne sous le nom de solution anesthésique hémostatique.

Mise en tubes scellés et stérilisés, cette solution peut se conserver indéfiniment (voir *Journal des nouveaux remèdes*, 24 février 1899). En faisant cette préparation, l'auteur s'est proposé de remédier à ces accidents fâcheux qui se produisent parfois dans la pratique ; c'est-à-dire ces hémorrhagies post-opératoires qui, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, peuvent quelquefois occasionner des syncopes mortelles.

Nous avons expérimenté cette solution pendant plus de

Digitized by Google

deux mois à la Pitié, et les résultats que nous avons obtenus (même chez un hémophile) ont toujours été très satisfaisants. Dans tous les cas, l'hémostase a été rapide, parfaite et définitive.

M. Legrand a pensé qu'il serait utile de faire entrer la nirvanine dans la composition d'une semblable solution, et, à cet effet, il a préparé une solution anesthésique-hémostatique de nirvanine. La nouvelle formule diffère un peu de celle qu'il a donnée dans sa communication à la Société de thérapeutique. Nous avons pu, avec cette solution, faire 6 extractions, et dans tous les cas, les résultats ont été excellents, tant au point de vue de l'anesthésie qu'au point de vue de l'hémostase. Les dents étaient à peine extraites, que les alvéoles étaient comblés par un caillot et l'eau qui servait à rincer la bouche des patients était à peine teintée.

Dans un cas après avoir extrait une grosse molaire avec la nirvanine seule, nous avons eu une hémorrhagie que nous avons pu arrêter en introduisant dans la plaie un tampon de solution anesthésique-hémostatique. Nous avons laissé ce tampon en place pendant une minute et demie environ, et lorsque nous l'avons retiré, un caillot s'était formé. En outre, le malade nous a dit que cette petite manœuvre avait renforcé l'anesthésie.

En résumé, la nirvanine est un bon anesthésique local. En solution aqueuse à 5 0/0, elle produit une anesthésie rapide et persistante. Elle permet d'opérer les malades dans la station verticale.

Le seul reproche que l'on est en droit de lui adresser, c'est de donner après l'extraction une grande quantité de sang ; mais cet inconvénient n'entre plus en ligne de compte si l'on se sert de la solution anesthésique-hémostatique.

L'emploi de cette dernière solution, comme nous l'avons indiqué, dans une communication récente, peut rendre de grands services aux stomatologistes, et son emploi semble tout particulièrement indiqué, lorsqu'on se trouve en présence d'hémophiles.

Digitized by Google

TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE

PAR

le Docteur J. Redier

Professeur à l'Université catholique de Lille.

(*2e Article*)

Le plus souvent il suffit d'un seul lavage par jour et nous conseillons alors de le faire le soir avant de se coucher, afin de débarrasser la bouche de tous les débris alimentaires qui pendant le repos de la nuit seraient dans les meilleures conditions pour les fermentations. Dans le cas où l'on a quelque doute sur la valeur du milieu buccal, il vaut mieux faire deux lavages, un le matin et un le soir. Enfin les sujets qui ont de mauvaises dents feront sagement, indépendamment de ces deux lavages quotidiens, de se rincer la bouche après chaque repas.

Nous avons conseillé d'employer l'eau additionnée d'un élixir dentifrice ; dans les cas où la réaction salivaire aurait une tendance marquée à devenir acide on fera bien, au lieu d'eau pure, d'employer l'eau de Vichy naturelle ou une solution alcaline analogue, comme la suivante :

Solution alcaline.

Bicarbonate de soude	5 grammes
Eau	1 litre

B. — Traitement curatif.

Le traitement curatif doit répondre aux deux indications suivantes :

1° Parer aux accidents, qui sont ordinairement des phénomènes douloureux.

2° Enrayer définitivement la marche de la maladie.

C'est par une thérapeutique judicieuse que l'on répond à la première indication et par certaines opérations complémentaires (résection ou obturation) ayant pour but d'effacer la cavité que l'on répond à la seconde.

Dans quelques cas en outre, avant toute intervention thérapeutique, il est nécessaire de procéder à certaines

Digitized by Google

opérations préliminaires ayant pour but de rendre plus accessible à la vue et aux instruments une cavité dissimulée dans un interstice ou d'une manière générale dont la disposition se prêterait mal aux obligations du traitement.

Nous décrirons d'abord ces opérations préliminaires ; nous passerons ensuite à l'étude détaillée de la thérapeutique de la carie et nous réserverons pour une étude spéciale la description des opérations complémentaires (résection et obturation).

OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Les cas dans lesquels on est obligé de recourir à une opération préliminaire peuvent se ramener à l'un des trois types suivants :

1° Carie à ouverture notablement plus étroite que le fond de la cavité.

2° Carie interstitielle.

3° Carie sous-gingivale ou paragingivale dont la cavité est envahie par la muqueuse hypertrophiée ou bourgeonnante.

1er CAS. — *Carie à ouverture notablement plus étroite que le fond de la cavité.* — Ces caries dans lesquelles la destruction de l'ivoire s'est effectuée beaucoup plus rapidement que celle de l'émail doivent être largement ouvertes avant tout traitement ; sans cette précaution, l'instrument ne pourrait être conduit qu'à l'aveugle à travers leur étroit orifice et souvent même il serait impossible de porter un diagnostic précis.

Il suffit ordinairement de faire sauter d'un coup de ciseau la mince coque qui en masque le fond : si la disposition particulière de la cavité, ou la résistance des tissus qui forment couvercle, ne permet pas l'emploi du ciseau on se servira suivant les cas de la lime ou de la fraise en évitant soigneusement de faire pénétrer celle-ci jusqu'au fond de la cavité. Avec ces précautions, la résection sera absolument indolore quel que soit le mode employé pour l'effectuer.

Digitized by Google

2e CAS. — *Caries interstitielles.* — Plus ou moins masquées et inaccessibles en raison de leur situation, ces cavités doivent être ramenées à une condition telle que l'opérateur les ait en quelque sorte sous l'œil et sous la main.

Pour ce faire, si la paroi se montre en quelque point d'une minceur et d'une fragilité qui lui enlèvent toute chance de durée, il ne faut pas hésiter à la sacrifier pour démasquer la cavité : c'est l'affaire d'un coup de ciseau ou de quelques tours de fraise.

A défaut d'une telle ressource, on est obligé de recourir, suivant les cas, soit à l'écartement temporaire des deux dents contiguës, soit à la résection d'une certaine épaisseur de tissu sain.

ÉCARTEMENT TEMPORAIRE. — L'écartement temporaire n'est guère applicable qu'aux six dents antérieures et exceptionnellement aux petites molaires ; les grosses molaires avec leurs racines multiples et leur solide implantation ne céderaient qu'à des efforts trop violents ou d'une application trop prolongée.

On obtient l'écartement temporaire soit au moyen de chevilles de bois, soit avec du caoutchouc élastique, soit enfin avec des tampons d'ouate.

a) *Ecartement temporaire par les chevilles de bois.* — On force dans l'intervalle qui sépare les deux dents que l'on veut momentanément écarter, au niveau du collet, une cheville de bois ; il existe en ce point un petit espace triangulaire à base formée par le rebord osseux de l'arcade alvéolaire qui est bien disposé pour retenir la cheville et l'empêcher de glisser.

Un fragment de bois dur, tel que le bois d'hickory que l'on trouve tout préparé pour cet usage chez les fournisseurs spéciaux, est taillé en pointe et insinué d'une main ferme, d'avant en arrière, dans le petit espace triangulaire en question ; on achève de l'enfoncer d'un petit coup de maillet et l'on sectionne à la pince les deux extrémités saillantes.

L'écartement brusque produit des effets purement mécaniques ; les dents cèdent immédiatement sous l'effort

Digitized by Google

autant que le leur permettent la compressibilité du ligament, l'élasticité du tissu alvéolaire et les espaces interdentaires voisins ; il donne lieu à une douleur très vive mais très courte.

Après l'enlèvement de la cheville, les dents reviennent de suite ou en quelques heures à leur ancienne position et il ne reste plus au patient que le souvenir assez désagréable de cette petite manœuvre grâce à laquelle cependant il a été possible de mener à bien en une seule fois un traitement qui par les autres procédés eût demandé plusieurs séances.

Nous devons mentionner à côté de ce procédé les écarteurs mécaniques qui ont été imaginés pour remplacer la cheville, tout en conservant l'avantage de l'extemporanéité. Ces appareils empruntent leur puissance au jeu de vis diversement combiné : tels sont les écarteurs de Jarvis, de Perry, de Bogue et d'autres encore. Bien que nous n'en ayons pas fait l'expérience, il semble que leur action doit être moins brutale et par conséquent leur application moins douloureuse que celle des chevilles. Mais cela semble bien compliqué et peu pratique.

b) *Ecartement temporaire au moyen du caoutchouc élastique.* — Une petite lamelle de caoutchouc élastique de 1 à 2 millimètres d'épaisseur est insinuée dans l'intervalle des dents à écarter et conduite jusqu'au niveau du rebord gingival. Les deux extrémités saillantes ayant été coupées avec des ciseaux, le patient est renvoyé à 48 heures ; on constate alors que les dents se sont écartées de toute l'épaisseur de la lamelle de caoutchouc ; si l'espace ainsi obtenu n'est pas suffisant, une lamelle un peu plus épaisse est substituée à la première et l'on ne tarde pas à réaliser les conditions voulues.

Par ce procédé on arrive en très peu de jours à obtenir un écart suffisant ; le caoutchouc, en raison de son élasticité, exerce sur les dents entre lesquelles il est placé une pression continue qui développe une véritable ostéoarthrite avec résorption du tissu osseux. Les phénomènes inflammatoires se traduisent d'ailleurs très nettement par leurs signes ordinaires : la douleur qui peut être très pro-

Digitized by Google

noncée, l'ébranlement des dents, la congestion et le gonflement de la gencive.

Ces effets ne se limitent pas nécessairement aux dents qui sont directement actionnées ; pour peu que la pression soit énergique les dents voisines sont également repoussées et déplacées, comme en témoignent la sensibilité et même la douleur dont elles sont le siège.

L'éclosion de ces phénomènes inflammatoires et la douleur parfois très vive qui les accompagne, doivent faire rejeter l'emploi du caoutchouc élastique parmi les procédés d'exception. Il faut savoir aussi qu'assez souvent les sujets auxquels on l'a appliqué, par insouciance ou au contraire par pusillanimité, négligent de revenir au jour dit : le petit fragment de caoutchouc, qui tend toujours à s'insinuer de plus en plus profondément vers le collet, finit alors par se loger sous la gencive tuméfiée où on le perd de vue ; une arthrite aiguë suivie de suppuration ne tarde pas à se déclarer et une ou deux dents peuvent être irrémédiablement compromises.

c) *Ecartement temporaire au moyen des tampons d'ouate.* — C'est véritablement le procédé de choix. Un tampon d'ouate sèche ou imbibée d'une teinture résineuse, par exemple de l'une des deux mixtures occlusives A1 ou A2 dont nous donnons la formule page 78, est forcé à l'aide d'un instrument quelconque, pince, spatule ou excavateur, entre les deux dents à écarter et laissé à demeure pendant deux jours, après quoi on le remplace par un nouveau tampon plus volumineux que l'on force de la même manière et ainsi de suite jusqu'à ce que l'on ait obtenu l'écart nécessaire.

Par ce moyen aussi simple qu'inoffensif (si inoffensif qu'on peut en confier l'application aux patients eux-mêmes), on arrive sûrement au résultat cherché quelquefois en deux ou trois jours, en une semaine au maximum. Et ici pas d'arthrite inquiétante, pas de douleur aiguë, tout au plus un peu de sensibilité et de mobilité dans les premières heures qui suivent l'application du tampon.

La ouate forcée entre deux dents agit d'abord mécaniquement comme les chevilles de bois, mais avec moins de

Digitized by Google

violence ; puis interviennent les phénomènes inflammatoires comme avec les bandelettes de caoutchouc ; ceux-ci sont également plus modérés parce que l'action intermittente de la force laisse aux organes une longue période de repos entre chaque poussée.

En résumé, le procédé de choix pour l'écartement temporaire est celui des tampons d'ouate. Il répond à presque tous les cas ; il est sans danger, ne provoque pas de douleur et son emploi est des plus faciles à régler.

Le caoutchouc élastique a l'inconvénient de donner lieu à des phénomènes inflammatoires et douloureux qui doivent en restreindre l'usage à des cas exceptionnels, par exemple lorsque deux dents sont en contact tellement intime qu'on ne pourrait que difficilement insinuer entre elles un tampon d'ouate. Commencez alors l'écartement avec une fine lamelle de caoutchouc laissée en place pendant vingt-quatre heures, et dès le lendemain, lorsqu'un certain intervalle se sera produit, abandonnez le caoutchouc pour les tampons d'ouate ; dans ces conditions, vous aurez bénéficié de ses avantages sans vous exposer aux inconvénients que présente son usage prolongé.

Quant aux chevilles de bois, l'obligation de faire vite et en une seule séance légitime seule l'emploi d'un procédé aussi douloureux ; il faut, pour les enfoncer, développer une force dont on ne peut jamais avoir l'exacte mesure et de nombreux exemples de luxations incomplètes ou même complètes, de contusions articulaires et de gangrène de la pulpe ne justifient que trop la réserve en laquelle nous tenons ce procédé.

Résection. — La résection d'une certaine quantité de tissu sain est la seule ressource lorsque l'écartement n'est pas applicable, dans le cas de carie interstitielle des molaires par exemple. Pour les dents antérieures, elle trouve quelquefois aussi son emploi, mais toujours dans une mesure restreinte et ordinairement en s'associant à l'un des procédés d'écartement temporaire.

Ce qui restreint l'emploi de la résection pour les dents antérieures c'est que la perte de substance qui en est la conséquence donne lieu à des déformations qu'il faut évi-

Digitized by Google

ter autant que possible. Les mêmes raisons n'existent pas pour les dents qui sont cachées au fond de la bouche ; ici l'on peut tailler largement d'autant plus qu'on pourra dans une certaine mesure combler ultérieurement la perte de substance avec la matière qui servira à l'obturation de la carie.

Dans la pratique de ces résections on pèche plutôt par défaut que par excès ; cependant l'expérience ne tarde pas à montrer que des pertes de substance même très étendues ne produisent pas des déformations aussi grandes qu'on pourrait le craindre *a priori* ; d'ailleurs le succès du traitement, surtout pour les caries pénétrantes, est souvent à ce prix et dès lors comment hésiter entre une résection largement pratiquée qui assurera la conservation de la dent et une résection insuffisante qui ne permettra qu'un traitement par à peu près et dont le résultat sera livré au hasard ?

Les instruments de la résection sont les limes, les fraises et les meules mues par le tour, la gouge et le ciseau ; l'opération peut et même souvent doit être faite en plusieurs temps ; il suffit dans une première séance de dégager l'ouverture de la cavité de manière à assurer le diagnostic et à pouvoir appliquer le pansement nécessaire, surtout si la dent est le siège de phénomènes douloureux ; dans une séance ultérieure, quand on se sera rendu maître de la sensibilité par des pansements appropriés, on achèvera l'opération en donnant à l'ouverture les dimensions et la forme convenables.

3e CAS. — *Caries sous-gingivales ou paragingivales*. — Lorsqu'une cavité de carie se creuse au voisinage de la gencive, il arrive fréquemment que la muqueuse irritée par ses bords irréguliers, aigus et tranchants s'hypertrophie et forme une petite tumeur bourgeonnante qui se développe dans la cavité même de la carie et en masque l'ouverture. Les caries interstitielles et plus généralement toutes celles qui se forment au voisinage du collet présentent souvent cette particularité ; dès lors il est difficile de se rendre exactement compte de l'importance du mal : le

Digitized by Google

moindre attouchement provoque le saignement de la petite masse charnue et il n'est pas possible dans ces conditions de conduire convenablement le traitement. Aussi faut-il avant tout modifier cette situation et découvrir complètement la cavité : on y arrive très facilement en exerçant sur la gencive hypertrophiée une compression modérée à l'aide de tampons d'ouate imbibés d'une teinture résineuse, comme les mixtures A1 ou A2 (voir page 78).

Ces tampons d'ouate doivent être renouvelés au bout de 24 ou 48 heures et remplacés par d'autres plus volumineux jusqu'à ce que la cavité soit complètement dégagée ; il est rare qu'il faille plus de deux ou trois pansements pour obtenir un résultat satisfaisant.

Ce procédé dont la douceur est appréciée des patients est préférable à la destruction du bourgeon charnu à l'aide du thermo-cautère, préférable aussi au refoulement brusque par une cheville de bois, préférable surtout à l'emploi des escharotiques dont l'action, très difficile à limiter, pourrait s'étendre jusqu'au rebord alvéolaire ou à l'articulation et provoquer une nécrose ou une arthrite plus ou moins grave.

THÉRAPEUTIQUE DE LA CARIE.

Nous étudierons dans ce chapitre la thérapeutique de la carie dentaire successivement dans chacune des divisions que nous avons établies pour la maladie ; nous réunirons ensuite dans un appendice quelques considérations qui n'ont pu trouver place dans les chapitres précédents.

I. — **Carie simple de l'émail seul.** — La carie de l'émail seul ne donnant lieu à aucun phénomène douloureux, à aucun trouble fonctionnel, il n'y a pas à proprement parler de thérapeutique à lui appliquer.

Tout le traitement se réduit dès lors dans la résection de l'émail altéré, suivie, dans certains cas, de la cautérisation ignée de la surface, après résection.

Par la résection, on supprime l'émail crayeux tout imprégné de produits acides et de micro-organismes dont

Digitized by Google

l'action destructive s'exerce sur les couches sous-jacentes; l'on efface du même coup la cavité en voie de formation et, si l'on a soin de bien polir la surface réséquée, l'on évite pour l'avenir l'influence nocive des détritus organiques, alimentaires ou autres, dont le séjour dans quelque anfractuosité normale, anormale ou pathologique a probablement été l'origine de la carie.

Toutefois la résection prive la dent dans une certaine étendue de son revêtement protecteur d'émail et laisse sans défense l'ivoire, tissu éminemment sensible et de résistance inférieure ; elle exposerait donc aux inconvénients immédiats d'une sensibilité excessive et au danger d'une carie ultérieure si on ne la faisait suivre de la cautérisation ignée de la surface dénudée.

Sous l'influence de la chaleur, l'extrémité des fibres de Tomes est immédiatement détruite en même temps que disparait définitivement la sensibilité des couches les plus superficielles de l'ivoire ; plus profondément et par la suite les canalicules se remplissent de dentine secondaire sous l'influence de la réaction pulpaire, si bien que la résistance de l'ivoire augmente en ce point, comme dans les cas de carie sèche ou stationnaire.

Cette cautérisation ignée se fait par l'application rapide d'une pointe de thermo ou de galvano-cautère sur la partie dénudée ; on peut aussi avantageusement faire une insufflation d'air surchauffé pendant quelques secondes, si l'on a pour cela un outillage convenable.

En général, une seule cautérisation suffit ; il ne faudrait pas hésiter cependant à y recourir une seconde fois au bout de quelques jours si la sensibilité de l'ivoire persistait ou reparaissait, ou si l'on constatait par la suite que l'ivoire se laisse attaquer par la carie.

II. — **Carie simple de l'émail et de l'ivoire.** — Caractérisée par l'absence de douleurs spontanées, la carie simple de l'émail et de l'ivoire n'est guère plus que la précédente, l'occasion d'accidents à proprement parler. Aussi, théoriquement, son traitement ne devrait comporter que l'obturation immédiate ou la résection, pour les cas pris au

Digitized by Google

début ; dans la pratique cependant, il en est rarement ainsi.

C'est, qu'avant l'obturation, il est nécessaire de procéder au curettage complet de la cavité, c'est-à-dire à l'évacuation des détritus qu'elle contient et à l'ablation de toute la couche d'ivoire ramolli qui la tapisse. Or cette petite opération provoque souvent des douleurs plus ou moins vives qui ne permettent pas de la mener à bien surtout lorsque l'on a affaire à des sujets pusillanimes ou qui ressentent un peu vivement les impressions. Il faut donc commencer par calmer cette sensibilité excessive de l'ivoire et c'est là qu'interviennent différents procédés qui constituent précisément la thérapeutique de cette variété de carie.

L'on n'a pas encore trouvé un moyen sûr, véritablement efficace, inoffensif et non douloureux d'obtenir, séance tenante, l'anesthésie de l'ivoire. Cependant un certain nombre de topiques ont été successivement vantés ; mais leur réputation n'a guère résisté à une expérimentation sérieuse. Ceux qui sont encore le plus communément employés sont le nitrate d'argent, l'acide phénique et la cocaïne.

Le *nitrate d'argent* est le plus efficace ; son action superficielle n'en rend pas l'usage dangereux pour la pulpe, en solution (au 10e environ) il est facile à porter sur tous les points que l'on veut atteindre et il ne provoque qu'une douleur passagère assez faible. Malheureusement le nitrate d'argent ou plutôt le chlorure d'argent qui se forme au contact de ce sel avec la plupart des substances organiques, donne à la surface touchée une coloration violette foncée ou noire indélébile qui en restreint l'emploi aux dents du fond de la bouche ; et puis il tache le linge, il a une saveur métallique très prononcée, bref une série de petits inconvénients que ne compensent pas suffisamment ses avantages.

L'*acide phénique* pur est assez communément employé : un petit cristal est déposé pendant quelques instants dans la cavité et recouvert d'un pansement protecteur ; ce moyen s'est toujours montré entre nos mains d'une efficacité douteuse, si bien que nous y avons absolument renoncé.

Digitized by Google

La cocaïne, qui, *a priori*, paraît devoir répondre si parfaitement à l'indication, n'a donné aucun résultat sérieux. La solution de chlorhydrate de cocaïne dans l'acide sulfurique recommandée par Herbst de Hambourg n'a pas mieux réussi entre nos mains.

La dessiccation de la cavité et les insufflations d'air chaud sont certainement supérieures à tous les topiques qui ont été tour à tour conseillés jusqu'ici. Isolez bien la dent malade en l'entourant de linges ou mieux avec la digue de caoutchouc, séchez soigneusement la cavité avec de la ouate hydrophile et vous constaterez de suite une notable diminution de la sensibilité ; vous obtiendrez mieux encore, parce que vous réaliserez ainsi plus complètement la dessiccation, si vous passez dans la cavité un tampon de ouate imbibé d'alcool à 90° : celui-ci absorbe immédiatement l'humidité, et en s'évaporant, il laisse la cavité parfaitement sèche.

L'anesthésie est encore beaucoup plus complète lorsque, au lieu d'alcool, on se sert d'un courant d'air chaud pour achever la dessiccation. Si l'on n'a pas sous la main l'un des appareils spéciaux qui servent à pratiquer les insufflations d'air comprimé, froid ou chaud, dont l'emploi est si fréquent et si avantageux dans la pratique de la chirurgie dentaire, on peut se servir de la poire en caoutchouc munie d'un tube métallique qui fait partie de l'arsenal le plus rudimentaire. Le tube ayant été porté au rouge sombre dans la flamme d'une lampe à alcool ou d'un bec de gaz, on en dirige rapidement l'extrémité vers l'entrée de la cavité, de manière que le jet d'air obtenu par la pression de la poire vienne s'y étaler.

Cette petite manœuvre donne lieu à une douleur vive, mais de courte durée, qui est en général facilement acceptée par le patient, si on a eu soin de l'en prévenir et de lui en faire comprendre le bénéfice. Celui-ci est, en effet, toujours très réel ; l'anesthésie est même quelquefois complète, mais elle ne dépasse guère les couches superficielles et l'on est obligé de recourir à une nouvelle insufflation lorsque l'on veut agir plus profondément.

Les insufflations d'air chaud n'agissent pas seulement

Digitized by Google

en assurant une parfaite dessiccation de la cavité : il est probable que la chaleur détruit les extrémités des fibres de Tomes et qu'en produisant une anémie passagère de la pulpe, elle diminue momentanément la sensibilité des fibres nerveuses de cet organe.

Les différents procédés qui viennent d'être exposés ont cela de commun qu'ils exercent ou prétendent exercer une action immédiate ; mais on peut obtenir les mêmes résultats par d'autres moyens dont l'action est beaucoup plus lente, notamment par des pansements appropriés ou par une obturation provisoire.

Les pansements consistent en petits tampons d'ouate, d'amadou ou d'amiante imbibés de mixture dont la composition varie suivant les indications thérapeutiques auxquelles on veut répondre. Placés dans la cavité de la carie, ils y sont laissés à demeure pendant un jour, 48 heures et même davantage et renouvelés suivant les besoins.

Pour leur conserver plus longtemps leurs propriétés thérapeutiques, on les recouvre ordinairement d'un second tampon imbibé d'une teinture résineuse, dont la résine, au contact de la salive, se précipite dans les mailles du coton et forme avec lui une petite masse consistante, glutineuse, adhérant facilement aux parois de la cavité et plus ou moins imperméable.

Telles sont les deux mixtures suivantes :

Mixture occlusive. (A1)

Benjoin de Siam.	parties égales.
Alcool à 80°	

Faites dissoudre ; laissez reposer et décantez.

Mixture occlusive. (A2)

Camphre	2	grammes
Résine mastic	5	—
Baume du Pérou.	5	—
Résine sandaraque.	80	—
Ether à 65°	aa 40	—
Alcool à 95°		

Faites dissoudre les résines pulvérisées dans le mélange

Digitized by Google

d'alcool et d'éther ; agitez fréquemment, laissez déposer et décantez.

La première formule (A1) est celle que nous employons couramment ; elle est simple, d'exécution facile et son goût quelque peu vanillé n'est pas désagréable ; elle répond à l'immense majorité des cas.

La seconde (A2) est une formule d'exception : sa saveur est un peu âcre et la mixture empâte les instruments ; mais elle a l'avantage de donner un pansement plus dur et surtout plus collant. Nous la réservons pour les cas où la cavité est largement ouverte et peu profonde, c'est-à-dire pour tous les cas où il est difficile de maintenir un pansement. On conçoit que l'on puisse varier ces formules à l'infini et par exemple substituer aux résines le collodion médicinal ou tel autre produit doué de propriétés analogues.

Les pansements actifs, ceux du moins qui répondent aux besoins de la carie simple, sont calmants, antiseptiques ou caustiques ; souvent aussi on leur demande une action complexe qu'on obtient en associant dans leur composition, par exemple des calmants et des antiseptiques, des antiseptiques et des caustiques, etc.

Les pansements calmants contiennent des narcotiques ou des anesthésiques comme l'opium et ses dérivés, le chloroforme, la cocaïne, etc. Ces substances agissent directement sur les extrémités nerveuses des fibres de Tomes et peut-être à travers les canalicules sur la pulpe elle-même. Bien qu'on en ait dit, leur efficacité n'est pas contestable et il est de règle après un, deux ou trois pansements au maximum de pouvoir mener à bien le curettage d'une cavité dont, avant ces applications, le fond ne pouvait être touché sans les plus vives douleurs.

Voici la formule de la mixture calmante que nous employons le plus communément. C'est une préparation simple, pouvant être réalisée immédiatement avec les ressources ordinaires de toutes les pharmacies, de saveur plutôt agréable, très efficace, absolument inoffensive et si facile à manier qu'on peut en confier, s'il y a lieu, l'application au patient lui-même ; elle est antiseptique en

Digitized by Google

même temps que calmante, grâce au chloroforme qui jouit à un haut degré de ces deux propriétés.

Mixture calmante. (B2)

Teinture de benjoin du Codex . . .	6 grammes	
Teinture d'opium.	aa 2	—
Chloroforme		

Dans les cas rebelles ou lorsque la sensibilité est excessive, nous employons de préférence une autre mixture (B1). Sa formule ne diffère de la précédente que par l'addition de créosote qui est à la fois un antiseptique puissant, un anesthésique local et un caustique superficiel.

Mixture calmante créosotée (1). (B1)

Teinture de benjoin du Codex . . .	6 grammes	
Teinture d'opium.	aa 2	—
Chloroforme		
Créosote pure		

Malgré la saveur désagréable et persistante de cette mixture, nous la préférons à la plupart des produits de même ordre qui n'ont pas le même inconvénient parce que nous la trouvons plus efficace.

L'emploi des antiseptiques est évidemment très rationnel, puisqu'ils s'attaquent directement aux micro-organismes, c'est-à-dire aux agents mêmes de la carie ; aussi forment-ils la base de la plupart des préparations employées: l'acide phénique et l'acide thymique en solutions alcooliques concentrées, les essences de cannelle et de girofle se retrouvent dans presque toutes les formules. Certains produits de cette classe doivent cependant être formellement rejetés pour des motifs spéciaux, comme le sublimé qui, au bout de quelques jours de pansement, imprimerait à la dent une coloration grisâtre indélébile.

Les pansements caustiques ont pour but de détruire l'extrémité des fibres de Tomes et de rendre ainsi tout à fait insensible le fond de la cavité ; mais leur emploi n'est

(1) La désignation abrégée des formules que nous donnons dans ce travail, telle que A1, A2, B1, B2, etc. est empruntée à notre *Formulaire spécial*. Paris, 1883, G. Masson, éditeur.

Digitized by Google

pas exempt de danger, parce qu'on ne limite pas facilement leur action et que celle-ci peut s'étendre jusqu'à la pulpe et entraîner sa mortification. Pour se mettre à l'abri de cet accident, il faut n'utiliser que les caustiques faibles et en restreindre l'emploi aux caries superficielles ou peu profondes. La créosote pure et l'acide phénique en solution concentrée représentent la limite de puissance qu'on ne doit pas dépasser ; c'est dire qu'il faut absolument rejeter le chlorure de zinc et aussi l'acide arsénieux même mitigé.

L'*obturation provisoire* soustrait pour un certain temps la cavité de la carie aux influences extérieures nocives ; la destruction s'arrête et la réaction pulpaire exagérée qui se manifeste par l'excessive sensibilité de l'ivoire ne tarde pas à se modérer. Lorsqu'au bout d'un certain temps, de quinze jours à quelques semaines, on lève l'obturation, on trouve le fond de la cavité à peu près ou même tout à fait insensible ; il est dès lors facile de procéder à un curettage complet et à l'obturation définitive.

Pour les obturations provisoires, on se sert soit de gutta-percha préparée (1), soit de ciment à l'oxychlorure ou au pyrophosphate de zinc. La gutta convient surtout aux caries qui sont particulièrement sensibles aux températures extrêmes, en raison de sa faible conductibilité ; le ciment est préférable dans les autres cas, peut-être parce qu'à son rôle d'isolant s'ajoute celui de caustique très léger, comme semblerait l'indiquer la très légère douleur que détermine son application.

Avant de faire l'obturation provisoire, il faut débarrasser la cavité des détritus qu'elle contient et en sécher convenablement les parois. Si l'on se sert de ciment, il n'est pas nécessaire d'emplir la cavité complètement ; une couche de deux ou trois millimètres d'épaisseur suffit pour obtenir le résultat cherché et elle sera plus facile à détacher lorsque sera venu le moment de terminer le traitement.

(1) On trouve chez tous les fournisseurs spéciaux de la gutta préparée pour cet usage, sous les noms de pâte obturatrice de Hill, de Richard, de Jacob, etc.

Digitized by Google

Résumé pratique du traitement de la carie simple de l'émail et de l'ivoire.

Pour les caries peu ou pas sensibles : ablation des détritus et curettage d'emblée.

Dans le cas de sensibilité moyenne : séchez bien la cavité ; insufflez au besoin de l'air chaud (à la condition que le patient ne soit pas trop sensible) et curettez.

Si la sensibilité est très grande : pansements calmants B2, exceptionnellement B1, recouverts d'un pansement occlusif A1 ; renouvelez tous les deux jours en procédant chaque fois à un curettage partiel dans les limites que vous pourrez. Si après quelques pansements, vous n'arrivez pas, faites une obturation provisoire au ciment que vous laisserez en place 15 jours ou 3 semaines ; après quoi vous achèverez le curettage.

Si vous avez affaire à une cavité superficielle très sensible et de mauvaise forme dans laquelle les pansements ne tiennent pas, faites de suite une obturation provisoire au ciment que vous lèverez au bout de quelques semaines pour terminer le traitement.

III. — **Carie pénétrante avec intégrité de la pulpe** (PI). — La PI avec ses douleurs spontanées dues à la mise à nu et à l'inflammation de la pulpe exige dans tous les cas, avant l'obturation, un traitement spécial. Car s'il est facile de calmer momentanément les phénomènes inflammatoires, par conséquent la douleur, au moyen d'applications calmantes, on ne pourrait évidemment pratiquer une obturation sur la pulpe exposée sans réveiller immédiatement les douleurs et sans provoquer l'explosion d'une pulpite aiguë.

Il faut donc nécessairement : ou bien ramener la PI à la condition de la carie simple en protégeant la pulpe par un revêtement artificiel qu'elle puisse tolérer, ou bien, en détruisant l'organe central, supprimer la cause des accidents particuliers à ce degré de la maladie.

De là deux modes de traitement absolument opposés dans leur principe : le traitement conservateur et le traitement radical.

Digitized by Google

Traitement conservateur. — Les idées théoriques sur lesquelles repose ce mode de traitement sont les suivantes :

On peut considérer comme encore normale histologiquement une pulpe mise à nu depuis peu ; par son contact inévitable, mais peu prolongé, avec les microbes de la bouche en général et avec ceux de la carie en particulier, elle n'a pu être souillée que superficiellement et dans les limites qui ne dépassent guère celles de l'orifice de pénétration ; dans tous les cas cette infection n'est pas au-dessus des ressources d'une antisepsie bien conduite. Enfin la tolérance de nos tissus pour les corps étrangers aseptiques étant bien démontrée aujourd'hui et mise systématiquement à profit par les chirurgiens dans de nombreuses circonstances (catgut dans les sutures perdues, — éponges et fragments d'ivoire ou d'os employés à la réparation des pertes de substance étendues des parties molles ou du tissu osseux) la pulpe ne doit pas faire exception à la règle commune.

Malheureusement ces propositions ne sont pas rigoureusement exactes.

En effet l'intégrité de la pulpe mise à nu, même depuis très peu de temps, est au moins contestable ; car dans la dernière période de la carie simple les micro-organismes franchissent facilement la mince couche d'ivoire qui forme le fond de la cavité, ainsi que l'a positivement montré Galippe ; l'infection fait de rapides progrès dès que la pénétration est effective et si l'on veut la combattre efficacement par des antiseptiques, il est nécessaire que ceux-ci ne bornent pas leur action à la superficie, mais pénètrent au moins dans les premières couches sous-jacentes.

La pulpe, organe de structure particulièrement délicate, s'accommode mal de ces perturbations, comme aussi des corps étrangers dont on prétend la protéger en se basant sur une analogie très contestable (1), et manifeste son in-

(1) Il ne semble pas qu'on puisse établir d'analogie entre la tolérance de tissus aussi dissemblables que celui de la pulpe et celui des inflammations en voie d'organisation dont la texture est essentiellement primitive et peu complexe.

Digitized by Google

tolérance par une réaction inflammatoire aiguë ou chronique. Dans le premier cas, c'est l'échec immédiat du traitement conservateur, et dans le second, après un succès temporaire, la dégénérescence de l'organe central avec douleurs névralgiques et par conséquent là encore l'échec qui, pour être plus tardif, n'en est pas moins complet.

Est-ce à dire que le traitement conservateur doive être complètement rejeté en pratique ? Évidemment non ; mais nous croyons qu'il faut le réserver pour des cas très restreints et que nous allons essayer de définir.

C'est d'abord dans ces caries qui sont sur la limite entre la pénétrante et la non-pénétrante et que nous sommes tentés d'appeler *presque pénétrantes* : la pulpe n'est pas franchement à nu ; une très mince couche d'ivoire sain ou en voie de ramollissement,sous laquelle on la devine à sa coloration rosée,la protège encore; elle a jusqu'ici échappé à l'inflammation, comme en témoigne l'absence de douleurs spontanées.

Dans ces cas le traitement ordinaire de la carie S serait bien aléatoire, car le plus souvent la pulpe ne supporterait pas sans une réaction plus ou moins vive le voisinage immédiat d'une obturation faite dans les conditions habituelles. Aussi la plupart des praticiens n'hésitent-ils pas à détruire la pulpe pour se mettre à l'abri d'accidents dont leur expérience leur a montré la fréquence et le danger. C'est là cependant que le traitement conservateur peut réellement rendre des services.

Débarrassez soigneusement la cavité des corps étrangers qu'elle contient ; curettez avec précaution les côtés en ménageant le fond ; si la sensibilité est excessive, faites deux ou trois applications calmantes avec la mixture B2, la mixture B1 serait trop caustique. A chaque séance, poursuivez votre curettage dans les limites du possible, sans chercher cependant à détacher du fond tout l'ivoire ramolli ; puis la cavité étant bien préservée de la salive et de tout contact septique séchez-la soigneusement avec de la ouate hydrophile et,si vous êtes bien outillé pour cela, avec un courant d'air tiède (l'alcool à un haut degré et l'air chaud offenseraient dangereusement la pulpe) ; re-

Digitized by Google

couvrez alors le fond de la cavité d'un pansement antiseptique puissant, mais non caustique, et maintenez ce dernier à l'aide d'une obturation provisoire à la gutta-percha, substance mauvaise conductrice de la chaleur.

Après 8 à 15 jours d'observation, si aucun accident ne s'est déclaré, détachez une partie de la gutta-percha en en laissant sur le fond une épaisseur de 1 à 2 millimètres et procédez à l'obturation définitive.

L'antiseptique le plus communément employé est l'iodoforme ; nous lui préférons la préparation suivante dont l'odeur est moins désagréable et le pouvoir antiseptique plus grand.

Pâte antiseptique aux essences aromatiques (D4)

Prenez d'une part :

Oxyde de zinc. . . . . Q. S.

d'autre part :

Essence de cannelle de Ceylan	aa	1 gr.
Essence de girofle.		
Acide thymique.		
Essence de menthe.		2 —
Alcool à 90°		10 —

Mettez dans un petit flacon bouché à l'émeri et à large goulot, d'une contenance d'environ 10 cent. cubes, Q. S. d'oxyde de zinc, par exemple la moitié de la hauteur du flacon ; puis arrosez avec le liquide de manière à former en agitant une pâte de la consistance du cold-cream.

Chargez de cette pâte en l'y plongeant un petit tampon de ouate que vous aurez soin de débarrasser ensuite de l'excès de liquide qui l'imbibe en le faisant boire par du buvard ou en l'appuyant un instant sur un linge et portez dans la cavité de la carie.

Le succès du traitement conservateur restreint à ces cas spéciaux est la règle. Au bout d'un certain temps, le fond de la cavité se renforce par le dépôt d'une couche de dentine secondaire et la carie, qui, au moment du traitement, était, sinon franchement pénétrante, du moins presque pénétrante comme nous l'avons appelée, rétrograde et devient franchement simple.

Digitized by Google

On peut encore tenter la conservation de la pulpe, mais avec un aléa beaucoup plus grand, dans les caries franchement pénétrantes de date toute récente, comme lorsque la pulpe a été accidentellement mise à découvert dans les manœuvres de curettage.

La technique est la même ; il est utile cependant d'interposer entre la gutta et la pulpe une petite lamelle résistante pour éviter la compression de cet organe. Un petit fragment de plume d'oie, une petite rondelle de carton mince ou de métal (or ou platine) feront l'affaire : c'est ce qu'on appelle *coiffer la pulpe*. La coiffe doit être soigneusement aseptisée et chargée sur sa face pulpaire de pâte antiseptique D4.

Peut-on espérer dans ces cas qu'une néoformation de dentine secondaire pourra ultérieurement oblitérer le pertuis de communication et ramener ici encore une pénétrante vraie à l'état de carie simple ? Magitot dans son traité (1) en paraît convaincu ; nous n'oserions pas être aussi affirmatifs.

Quoi qu'il en soit, nous ne croyons pas qu'il faille pousser plus loin les tentatives de conservation de la pulpe, du moins étant données nos ressources thérapeutiques actuelles ; notre propre expérience, aussi bien que les résultats obtenus par les fervents de la conservation dont nous avons pu suivre la pratique, confirment pleinement les prévisions de la théorie, dès que l'on veut aller au delà des cas bien définis dont nous venons de tracer les limites.

Traitement radical. — Il comprend deux opérations successives :

1° L'escarrification de la pulpe ;

2° L'extirpation de l'escarre.

Escarrification de la pulpe. — Employée longtemps à l'exclusion de tout autre procédé, la cautérisation de la pulpe par le feu est aujourd'hui complètement abandonnée, malgré les perfectionnements apportés aux instruments qui servaient primitivement. Si le thermo-cautère et

(1) Page 191.

Digitized by Google

même le galvano-cautère n'ont pu la réhabiliter, c'est que l'action de la chaleur ne dépasse que dans une faible mesure, les parties directement touchées par l'instrument et que celui-ci, quelle que soit l'exiguïté de ses dimensions, ne peut poursuivre la pulpe jusque dans la profondeur des canaux radiculaires.

C'est donc aux caustiques chimiques qu'il faut avoir recours ; parmi eux il faut encore faire choix d'un agent suffisamment énergique, sans influence chimique sur les tissus de l'émail et de l'ivoire et insoluble dans la salive, sous peine de le voir se diffuser et produire des escarres de la gencive, de la langue, des lèvres ou des joues. C'est l'acide arsénieux qui remplit le mieux cet ensemble de conditions ; aussi est-il universellement employé, quoi qu'en pensent beaucoup de praticiens qui, imbus de préjugés à son égard, s'en sont interdit l'usage et lui ont substitué des préparations secrètes qui se débitent sous des noms imagés et d'où les préparations arsénicales seraient absolument exclues. Les analyses que nous avons faites d'un grand nombre de ces spécialités nous ont uniformément montré que l'acide arsénieux en est la base et que, notamment dans celles qui sont dites « au cobalt », les inventeurs ont mis à profit, pour duper leur clientèle, le sens vulgaire de ce mot qui, autrefois, était synonyme d'arsenic.

On a reproché à l'acide arsénieux d'exposer à des accidents toxiques au cas où le pansement, mal assujetti, viendrait à être avalé et aussi de donner lieu à des phénomènes douloureux très prononcés.

Le premier reproche n'est pas fondé car, à la très faible dose qui est nécessaire et suffisante pour produire l'escarrification de la pulpe, l'acide arsénieux pourrait être impunément ingéré ; les quelques rares observations d'accidents qui ont été publiées montrent seulement le danger qu'il peut y avoir à tolérer de la part d'ignorants le maniement de substances toxiques (1).

Le second reproche est plus légitime et mérite de nous

(1) Voyez A. Combe, *De l'acide arsénieux dans ses applications à la thérapeutique de la carie dentaire*. Thèse de Paris, 1879.

Digitized by Google

arrêter un moment. Il est d'observation journalière que, dans certains cas, l'application d'acide arsénieux sur la pulpe ne donne lieu à aucune douleur ou à peine à quelques sensations pénibles très passagères, tandis que d'autres fois elle éveille des douleurs intolérables localisées ou à forme névralgique dont la durée moyenne est d'une heure à deux, mais qui parfois se prolongent beaucoup plus longtemps, et ce pour des applications faites par la même main, sur un même sujet et avec la même préparation arsénicale. C'est dire que les phénomènes observés sont indépendants du *modus faciendi* et du patient et qu'il faut en chercher l'explication exclusivement dans l'état de la dent en traitement.

Le seul point sur lequel tout le monde soit d'accord, c'est que le caustique appliqué sur une pulpe saignante ne provoque que très peu ou même pas de douleur ; aussi a-t-on conseillé comme méthode générale de faire saigner la pulpe avant de la cautériser, conseil excellent mais dont la mise en pratique n'est pas toujours du goût des patients. D'autre part, Cruet, dans son excellente thèse sur les caries compliquées (1), dit avoir observé, en accord avec Tomes, que l'acide arsénieux appliqué sur une pulpe enflammée loin d'exaspérer les phénomènes douloureux, les calme d'abord et bientôt les fait disparaître complètement. Mais Magitot et avec lui Combes sont d'un avis contraire et pour eux « la douleur de la cautérisation arsénicale de la pulpe est en raison directe de son état inflammatoire » (2). Entre ces affirmations contradictoires, nous sommes incapables de nous prononcer ; nous avons cru longtemps que la douleur était fonction de l'étranglement de la pulpe, c'est-à-dire que là où l'orifice de pénétration était large, la cautérisation était peu douloureuse et inversement ; et nous croyons maintenant que nos prévisions basées sur ce critérium sont fréquemment déçues.

Cet aléa de la cautérisation pulpaire par l'acide arsénieux est un peu la préoccupation de tous à en juger par les nombreuses tentatives qui ont été faites pour y remé-

(1) Paris, 1879.
(2) COMBES, *loc. cit.*, p. 44.

Digitized by Google

dier en associant à l'acide arsénieux des calmants, des narcotiques ou autres agents analogues.

C'est la morphine qui se retrouve le plus communément dans les formules qui ont été tour à tour recommandées, comme dans la suivante :

Acide arsénieux.	aa
Chlorhydrate de morphine.	

A la morphine qui n'a donné aucun résultat, on a ensuite substitué la cocaïne, sans plus de succès d'ailleurs.

Enfin plus récemment M. Dubois (1), attribuant les douleurs à la poussée congestive déterminée par l'application du caustique, a pensé qu'on la pourrait combattre efficacement par l'adjonction de médicaments vaso-constricteurs, tels que l'atropine ou l'ésérine. Voici la formule qu'il recommande :

Acide arsénieux porphyrisé	5 décigr.
Esérine	2 —
Cocaïne	2 —
Chloroforme	Q. S.

Faites une pâte molle.

Nous devons à la vérité de dire qu'après avoir consciencieusement expérimenté cette préparation nous ne l'avons pas trouvée supérieure aux autres ; l'ésérine et la cocaïne sont des toxiques dangereux et la substitution à l'acide arsénieux de l'acide arsénique qui est un corps absolument instable n'a aucun avantage ; de plus sa grande solubilité expose à des cautérisations de voisinage.

L'insuccès de ces associations médicamenteuses tient sans doute au mode particulier de l'acide arsénieux qui, d'après Gubler, arrêterait immédiatement tous les échanges nutritifs dans les tissus avec lesquels il est mis en contact. S'il en est ainsi, il est beaucoup plus simple d'employer l'acide arsénieux sans mélange de substances actives.

Cet agent se présente, comme on sait, sous deux aspects correspondant à deux états différents : *vitreux*, il

(1) *Aide-mémoire du chirurgien-dentiste*, Paris, 1889, p. 120.

Digitized by Google

est amorphe ; *porcelainé* ou *opaque*, il est cristallisé. Ce dernier à la température ordinaire est environ trois fois moins soluble que l'autre (1), ce qui doit nous le faire préférer pour nos besoins.

Pour l'emploi il doit être réduit en poudre très fine par la porphyrisation ; 1 ou 2 milligrammes de cette poudre suffisent dans tous les cas pour détruire la pulpe. Le dosage approximatif de ces petites quantités s'obtient par divers artifices que chacun peut varier à son gré ; l'important est d'éviter les écarts qui pourraient être dangereux.

Voici entre autres le procédé recommandé par Magitot dans son *Traité de la carie* (2) : « Le caustique porphyrisé en poudre impalpable est introduit dans un flacon à large ouverture et bouché à l'émeri. Lorsque nous voulons appliquer un pansement, nous agitons le flacon d'une main en le retournant de manière à ce qu'une certaine quantité de poudre vienne adhérer à la face inférieure du bouchon préalablement dépoli ; celui-ci ensuite reste chargé d'une couche uniforme de substance qui est en même temps la plus fine du contenu. On promène alors à sa surface une petite boulette d'ouate qui s'en charge dans une mesure qu'il est facile d'apprécier. »

Quelque recommandable que soit ce procédé, nous préférons encore le suivant : à la poudre arsénicale nous ajoutons un liquide sirupeux qui ne joue d'autre rôle que celui d'excipient et nous formons une pâte ayant la consistance du cérat ou de la crême épaisse ; nous en prenons une très petite quantité, gros comme une tête d'épingle, au bout d'un stylet fin et nous le portons directement sur la pulpe ; nous sommes plus sûr ainsi de ne pas égarer le caustique. Après avoir essayé successivement comme excipient le miel, le sirop de sucre, une solution concentrée de gomme, la glycérine et la créosote, nous avons fixé notre choix sur cette dernière substance avec laquelle la pâte conserve plus longtemps la consistance convenable,

(1) Exactement : une partie d'acide vitreux se dissout dans 25 parties d'eau, tandis que la même quantité d'acide opaque exige 80 parties.

(2) *Loc. cit.*, p. 196.

Digitized by Google

tandis que le miel, le sirop de sucre et la solution de gomme se dessèchent rapidement ; la glycérine qui est un dissolvant de l'acide arsénieux expose aux cautérisations de voisinage.

En somme, nous conseillons de faire les cautérisations de la pulpe avec l'une des deux préparations suivantes :

Caustique en poudre. (C3)

Acide arsénieux opaque porphyrisé.

Pâte arsénicale. (C3)

Acide arsénieux opaque porphyr. } aa. Q.S.
Créosote pure . . . . . }

Faites une pâte épaisse.

(*A suivre.*)

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS ET OBSERVATIONS

SPHACÈLE GRAVE DE LA BOUCHE

par le Dr **OSCAR AMOEDO** (1).

A propos de la communication de M. Sebileau j'ai trouvé dans mes notes un cas qui présente quelque analogie avec les siens et observé en 1895 dans le service de mon maître M. le Dr Rigal à l'hôpital Beaujon.

Il s'agissait d'une jeune femme de 22 ans entrée dans le service pour paralysie totale des quatre membres.

Elle racontait qu'un mois avant son entrée à l'hôpital, revenant un soir avec ses parents, elle avait été assaillie par une bande de malfaiteurs. Elle éprouva une vive frayeur, et se trouva, le lendemain, dans l'impossibilité de mouvoir ni ses bras, ni ses jambes.

L'examen révéla cette paralysie. De plus, l'anesthésie des membres était complète. Seuls les mouvements et les pressions au niveau des articulations, étaient douloureux. Elle présentait en outre l'abolition des impressions thermiques.

Hématurie. Pas de fièvre pendant son séjour à l'hôpital.

Les réflexes patellaires sont abolis, les réflexes plantaires conservés.

On porte le diagnostic de *Paralysie d'origine hystérique*(?)

J'arrive au point qui nous intéresse : La malade avait apporté deux dents : la deuxième prémolaire et la première grosse molaire inférieure droites, entièrement saines, et qui, d'après la malade, étaient tombées spontanément de sa bouche.

L'examen de la cavité buccale révéla, en effet, un sphacèle grave du bord gingival du maxillaire inférieur, accentué surtout du côté droit.

Les gencives s'étaient ouvertes, laissant voir les procès alvéolaires noirâtres et sphacélés.

(1) Extrait des *Comptes rendus de la Société de Stomatologie.*

Digitized by Google

Une autre dent était tombée pendant son séjour dans le service.

L'haleine était horriblement fétide. La malade resta 5 jours à l'hôpital. Elle succomba le sixième.

Après la mort, M. Papillon, interne du Dr Millard, fit des cultures de ce sphacèle, et trouva du streptocoque pur.

L'autopsie révéla que la malade avait subi une hystérectomie totale environ 3 mois avant son entrée à l'hôpital. On trouva, de plus, du ramollissement de la moelle.

Cette observation est forcément incomplète par suite du manque de renseignements, la malade n'étant pas capable de les fournir.

Y a-t-il relation entre l'opération subie par cette femme et le ramollissement ?

Le sphacèle dépend-il lui-même de ce ramollissement ? C'est là une question que je ne saurais trancher.

On peut, dans tous les cas, tenir compte de ce fait, que par suite de sa paralysie, la malade était dans l'impossibilité de prendre les soins hygiéniques de la bouche.

Si l'on ajoute à cela, que la nutrition étant difficile et insuffisante par la même cause, tout l'organisme était en état de moindre résistance, on pourra comprendre qu'un foyer de ramollissement siégeant dans le plancher du quatrième ventricule au niveau des origines réelles de la 5e paire, ait produit des troubles trophiques du côté de la muqueuse gingivale, et de là, le sphacèle que nous avons observé.

Digitized by Google

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Services dentaires hospitaliers.

Nous nous réservons de traiter ultérieurement avec tous les développements qu'elle mérite la question des services dentaires hospitaliers ; nous n'en dirons que quelques mots aujourd'hui.

Ces services, créés il y a quelques années à peine, ont pris un développement rapide. Ils fonctionnent aujourd'hui dans tous les grands hôpitaux de Paris ; le nombre des malades qui fréquentent les consultations dentaires augmente tous les jours, et s'accroîtrait dans de plus grandes proportions encore, s'il était possible de donner à ceux-ci les soins même élémentaires qu'ils réclament. Mais tout manque souvent : la place, le matériel, le personnel, et, pour être juste, surtout une seule chose : l'argent.

Nous ne sommes pas inquiet cependant, et nous faisons volontiers crédit à l'Administration pendant quelque temps encore, à condition qu'elle veuille bien résoudre d'une façon satisfaisante certaines questions qui ne lui coûteront rien — le reste suivra.

Le budget n'a précisément rien à voir avec les observations que nous voulons présenter aujourd'hui, et qui touchent seulement au mode actuel de nomination des Dentistes titulaires des Hôpitaux. Jusqu'ici ces nominations nous semblent absolument avoir échappé à toute règle précise.

Nous savons seulement qu'il a toujours été nécessaire d'être pourvu du titre de docteur en médecine, et, depuis le mois d'octobre dernier, d'ajouter à ce titre celui de dentiste diplômé. En dehors de ces conditions, la priorité seule d'une demande adressée au hasard à M. le Directeur de l'Assistance publique, ou plutôt le nombre et la puissance

Digitized by Google

des recommandations, en définitive l'arbitraire semblent avoir décidé du succès.

Ce mode de procéder n'a peut-être pas eu de bien grands inconvénients au début, alors qu'il y avait presque pénurie de candidats, et que ceux qui ont été nommés étaient, pour ainsi dire, désignés par leur titre de docteur en medecine, encore peu répandu dans la spécialité. Mais il n'en est plus ainsi ; le nombre des médecins qui pratiquent la stomatologie augmente de jour en jour, même le nombre de ceux qui ajoutent à ce titre celui, récemment exigé, de dentiste diplômé ; d'autre part, le nombre des places diminue et se fera de plus en plus rare dans l'avenir : c'est l'ordre naturel des choses ; le poste de Dentiste titulaire des Hôpitaux se trouvera donc disputé par un nombre de plus en plus considérable de candidats,ce qui est d'ailleurs fait pour le rehausser.

Mais, dans ces conditions nouvelles, il y a lieu de se demander si le moment n'est pas venu de procéder autrement qu'on a fait jusqu'à ce jour, et de donner à tous le sentiment que les places vacantes appartiendront désormais aux plus dignes, c'est-à-dire à ceux qui ont le plus de titres pour les occuper.

Il n'y a qu'un moyen, il nous semble, de donner satisfaction à tous les intéressés, et, en définitive,au public : l'institution du concours, et du concours véritable, avec épreuves théoriques et pratiques.

Il est bien entendu que la condition primordiale, pour aborder le concours, serait d'être docteur en médecine : c'est l'orthographe de la spécialité ; on pourrait d'ailleurs supprimer l'appendice malencontreux du titre de dentiste diplômé, parfaitement inutile dans l'espèce, le concours ayant précisément et principalement pour but de démontrer la valeur spéciale et technique des candidats.

Nous savons toutes les objections qu'on peut faire au concours, et surtout à un concours nouveau qui viendrait s'ajouter à tant d'autres ; mais on n'a pu encore trouver mieux pour remplacer l'arbitraire, qui est la pire des solutions. Que si, toutefois, le concours d'épreuves, tel qu'il a lieu pour les hôpitaux, était repoussé, on pourrait au

Digitized by Google

moins établir un concours sur titres, où entreraient comme éléments d'appréciation les grades scientifiques, les travaux spéciaux, le stage et les fonctions hospitalières, etc., et il serait facile de trouver les membres de la commission permanente à nommer pour classer les candidats, et proposer les plus méritants au choix du Directeur de l'Assistance publique : de toutes manières, l'arbitraire et le hasard seraient conjurés dans la mesure du possible.

C'est à titre personnel que nous proposons cette solution, mais nous espérons bien que la Société médicale des Dentistes des Hôpitaux s'emparera de la question, et la mettra à son ordre du jour, pour la présenter prochainement sous forme de *résolution* à M. le Directeur de l'Assistance publique.

Nous sommes convaincu, en prenant l'initiative d'une semblable proposition, de répondre au sentiment général des intéressés, c'est-à-dire des futurs candidats, et aux véritables intérêts du public.

L. Cruet.

Digitized by Google

COMPTES RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

SÉANCE DU 20 MARS 1899.

Présidence de M. Cruet.

LECTURE DU PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal est lu et adopté.

LECTURE DE LA CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend : 1° des lettres d'excuses de MM. Capdepont, Chompret, Frey, Hugenschmidt, Richer et Brochard, 2° des lettres de remerciements de MM. Petit d'Angers, Ducréquy de Boulogne-sur-Mer, de M. Sebileau, professeur agrégé

3° Une brochure du Dr Damians de Barcelone « *Contribucion al estudio odontologico* ».

4° Une lettre de candidature du Dr Faré de Tours.

RAPPORT DE LA COMMISSION DES PRIX.

La Commission a décidé d'ajourner la discussion après celle qui a trait à la révision des statuts.

La Société est d'avis de supprimer le prix qui avait été proposé pour 1900.

RAPPORT DE LA COMMISSION DES CANDIDATURES.

Le Docteur Charles Lucius dont la thèse de doctorat a pour titre : « Sur le diagnostic des abcès du sinus », est admis à l'unanimité comme membre de la Société de Stomatologie.

Digitized by Google

M. Amoedo. — **Sphacèle grave de la bouche** (1).

M. Rodier. L'observation de M. Amoedo n'a que des rapports très éloignés avec celles de M. Sebileau. La malade n'est pas morte du sphacèle de la bouche dont la marche n'a pas le caractère envahissant et récidivant. La cause infectieuse ne peut non plus être comparée.

M. Amoedo. Si cette malade était morte en ville, l'autopsie n'aurait pas été faite et l'on n'aurait pu savoir qu'elle avait subi une hystérectomie totale et l'on n'aurait pas constaté le ramollissement de la moelle.

M. Gourc. Quoi qu'il en soit, les accidents n'étaient pas assez graves pour entraîner la mort ; l'auteur a dit lui-même que le sphacèle était limité ; il n'y avait pas la nécrose osseuse et les désordres très grands qu'avait pu constater M. Sebileau dans ses deux observations.

M. Pietkiewicz. L'état de la bouche a été complètement passé sous silence, M. Amoedo était cependant bien placé pour l'observer.

M. Amoedo. A l'époque à laquelle remonte cette observation, j'étais stagiaire et je n'ai pas porté assez d'attention sur ce sujet.

M. Cruet. L'observation n'est peut-être pas tout à fait assez complète, mais elle est intéressante. La nécrose a pu être produite par les embolies septiques chez un sujet débilité et l'on peut faire cette conjecture que ces embolies septiques ont été aidées dans leur action par un état infectieux préexistant de la bouche. Dans tous les cas pour que la malade mourût de son sphacèle, il eût fallu que celui-ci fût plus grave et plus étendu.

M. Dumont. — **La nirvanine, nouvel anesthésique local** (2).

M. Gourc. Si j'ai bien compris, la dose de nirvanine à injecter pour obtenir l'anesthésie dans l'extraction d'une dent est de vingt à quarante centigrammes. Or les formules de solution que nous donne M. Dumont sont au vingtième ; il faudra donc injecter de quatre à huit grammes de liquide ; je déclare

(1) Voir plus haut *Recueil de Faits et Observations*, p. 92.
(2) Voir *Articles originaux*, p. 62.

Digitized by Google

pour ma part l'impossibilité dans un très grand nombre de cas d'injecter une dose aussi forte de liquide. J'emploie d'ordinaire une seringue de deux grammes avec cinq centigrammes de chlorhydrate de cocaïne et quelquefois je n'arrive pas à injecter les deux grammes de ma solution.

M. Gires. L'auteur pourrait-il nous donner le coefficient de toxicité de ce produit.

M. Dumont. J'ignore ce coefficient, mais je sais qu'il a été établi.

M. Rodier. Au point de vue pratique, je ne vois aucune supériorité à ce produit et de plus il doit être employé concurremment avec des hémostatiques. Comme l'a dit M. Gourc, il faut injecter une trop grande quantité de liquide dans la muqueuse. J'emploie pour ma part une solution contenant 2 centigr. de chlorhydrate de cocaïne et 1 centigr. d'eucaïne pour 1 gramme d'eau, ce qui me suffit dans tous les cas. Je n'ai jamais eu l'ombre d'un accident ; en outre dans bien des circonstances je me verrais dans l'impossibilité d'injecter une plus forte quantité de liquide. M. Dumont parle de 10 à 25 minutes pour obtenir l'anesthésie, ce qui paraît assez long, mais il ne nous a pas donné la durée de l'anesthésie. Il compare de plus le défaut de la nirvanine à favoriser l'hémorrhagie avec l'eucaïne ; ce dernier produit donne peut-être un peu de douleur à l'injection, mais je n'ai jamais eu l'occasion de constater qu'il excitât l'hémorrhagie. Dans l'observation citée il n'est pas dit si la malade a souffert pendant son extraction. En résumé c'est un nouvel anesthésique qui n'offre qu'un intérêt de pure curiosité.

M. Dumont. C'est un corps trop nouveau pour que je puisse apporter ici des observations complètes et susceptibles d'arrêter toutes sortes de reproches ou d'objections, mais il fallait l'étudier rapidement et c'est ce que je me suis attaché à faire.

M. Gourc. La malade avait subi antérieurement une extraction très douloureuse alors que celle qu'a faite M. Dumont s'est passée sans douleur, mais ceci ne prouve rien. Il aurait fallu parler un peu plus longuement de cette dent. On comprend très bien que si le premier opérateur a dû aller chercher les trois racines d'une grosse molaire avec des élévateurs et si l'extraction a été laborieuse, l'opération n'est en rien comparable à la sienne.

M. Rodier. Je prierai M. Dumont de nous donner quelques renseignements commerciaux sur ce produit. Où peut-on se le procurer ?

Digitized by Google

M. Dumont. J'ai eu environ cinq grammes de ce produit comme essai, mais on n'en trouve pas dans le commerce.

M. Pietkiewicz. Le mot hémophile est revenu très souvent dans les observations de M. Dumont, j'objecterai cependant qu'on ne voit pas de ces sujets très couramment.

M. Dumont. J'ai vu un hémophile il y a six mois et j'avoue qu'une solution d'eucaïne gélatinée a fort bien réussi.

M. Cruet. Je crois que M. Dumont ne devrait pas comparer les solutions d'eucaïne gélatinée à celles faites avec la nirvanine puisqu'il n'a pas eu à observer d'hémophile dans ses expériences. Quoi qu'il en soit nous devons encourager l'auteur de la communication à poursuivre l'étude de ce produit, à nous apporter des observations détaillées sur les cas particuliers qui peuvent se présenter, puisque dès maintenant date est prise.

M. Rodier. — **Une extraction compliquée** (1).

M. Cruet. Je veux faire une observation de tactique opératoire. Pourquoi l'auteur s'est-il obstiné à vouloir enlever la troisième racine qui ne voulait pas sortir. La racine qui sort est celle qui produit les accidents, il n'y a donc pas intérêt immédiat à enlever ce qui reste, il vaut mieux faire revenir le sujet quelques semaines après.

M. Rodier. C'était pour moi une question de pur amour-propre. Au début de ma carrière je ne laissais jamais partir un malade sans le débarrasser complètement, il est quelquefois difficile de le convaincre qu'il peut s'en aller sans danger pour l'avenir, s'il reste une des racines dans sa bouche, mais j'avoue maintenant laisser quelques racines.

M. Gourc. Je crois du reste que le résultat obtenu doit excuser l'insistance de M. Rodier, on n'a pas souvent de pièces aussi intéressantes à présenter.

M. Pietkiewicz. Le cas de M. Rodier est en effet très rare, cette observation est véritablement très intéressante.

L'un des secrétaires : Dr Gourc.

(1) L'abondance des matières nous oblige à réserver cette communication pour le prochain numéro.

Digitized by Google

SÉANCE DU 18 AVRIL 1899.

Présidence de M. Cruet.

LECTURE DU PROCÈS-VERBAL.

M. Chompret dit, à propos de la communication de M. Dumont, qu'il regrette de n'avoir pu assister à la discussion au sujet de la nirvanine. Il tient cependant à rapporter que par hasard il eut l'occasion d'assister aux premiers essais de nirvanine faites par le Pr. Reclus à l'hôpital Laennec.

Il s'agissait de faire une cure radicale de hernie chez un homme très robuste et très courageux. M. Reclus, avec son habileté ordinaire, entoura le champ opératoire d'une couronne d'injections de nirvanine. Le résultat fut déplorable et les assistants n'oublieront pas de sitôt la physionomie du patient qui pâle, couvert d'une sueur froide, se raidissait sous la souffrance, cherchant à étouffer ses cris de douleur tandis qu'impassible coupait le chirurgien... Cependant il fallut donner du chloroforme pour continuer et terminer l'opération.

Le procès-verbal est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance contient des lettres de MM. les Drs Caumartin et Albert Bloch posant leurs candidatures au titre de membres de la Société de Stomatologie.

Lettre de M. Gallardo présenté par M. Amoedo comme candidat au titre de membre correspondant étranger de la Société de Stomatologie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Richer. La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est venue me consulter à l'hôpital Tenon parce qu'elle ne peut plus manger, grâce à l'articulation ou plutôt au défaut d'articulation de ses dents. Si on la regarde en effet la bouche entr'ouverte, mais les dents serrées, on s'aperçoit de suite que les incisives et les canines laissent

Digitized by Google

entre elles un espace de 6 millimètres en hauteur, sans qu'il y ait prognathisme. Les molaires inférieures, qui sont au complet, articulent très serré avec les molaires supérieures, cariées, dont la couronne a complètement disparu et qui sont réduites à l'état de chicots douloureux. Seule la première pré-molaire supérieure droite articule avec ses antagonistes et encore seulement par son tubercule externe. Il n'y a pas dans toute la bouche d'autre point de contact utilisable.

J'ai à peine eu le temps de voir cette malade, et je la présente à la Société, non pour donner mon avis, mais pour avoir l'opinion de mes collègues au sujet des indications du traitement, en ayant bien soin d'établir que le desideratum de la malade porte sur le côté fonctionnel beaucoup plus que sur le côté esthétique.

M. Rodier. Je suis d'avis d'enlever toutes les racines des molaires du haut : j'agirais de même pour les petites molaires droites dont l'une est en dedans de l'arcade et l'autre ne mord que par son seul cuspide externe. La dent de sagesse sauterait également. Ainsi l'occlusion des mâchoires serait obtenue.

A ce moment on ferait sortir les canines au *moyen* d'un appareil quelconque de redressement et on ferait une pièce prothétique pour permettre à la patiente de mastiquer.

M. Saussine croit qu'en agissant ainsi on obtiendrait d'abord un bon résultat immédiat du fait de l'occlusion des mâchoires, mais que bientôt surviendrait une autre difformité non moins grave, la procidence des incisives supérieures.

Pour lui, il placerait en haut un appareil dilatateur de Delabarre et, par une fronde appliquée sur la mâchoire inférieure, il arriverait à corriger le prognathisme de l'arcade inférieure.

M. Pietkiewicz. La malade qu'on nous présente demande avant tout qu'il lui soit possible de manger. Peu lui importe que ses incisives soient écartées puisqu'il en fut toujours ainsi chez elle.

Voilà pourquoi je trouve que M. Rodier dépasse le but en enlevant les petites molaires droites : à mon avis, si limité que soit un contact naturel, il vaut mieux qu'un contact artificiel. Je garderais donc ces petites molaires ainsi que la dent de sagesse, j'enlèverais toutes les racines des molaires et profitant de la forme ogivale du palais je ferais un appareil sans lames

Digitized by Google

ni crochets qui permettrait à la malade de mastiquer ainsi qu'elle le faisait jadis.

M. Rodier croit que nous ne devons pas négliger le côté esthétique, et d'ailleurs ce ne serait pas de si mauvaise prothèse que de permettre à notre malade de couper les aliments, ce qu'elle n'a jamais pu faire jusqu'aujourd'hui.

M. Cruet. Il y a là une difformité congénitale que rien ne saurait faire disparaître ; aussi suis-je d'avis d'enlever simplement les racines des molaires et de faire un appareil de prothèse.

L'un des secrétaires : Dr Chompret.

Dr Chompret. — **De la dent de Hutchinson**

(V. *Mémoires originaux*, p. 57).

M. Rodier partage l'opinion de M. Chompret.

M. Pietkiewicz cite le cas d'une malade atteinte d'hérédo-syphilis, qu'il se fera un plaisir d'amener à la Société.

M. Cruet. La vraie dent de Hutchinson était considérée jadis comme caractéristique de la syphilis.

M. Chompret ne partage plus cette opinion qui cependant est énoncée dans les ouvrages de M. le professeur Fournier qui, d'ailleurs, a changé d'opinion à cet égard .

M. Cruet a toujours pensé que les maladies graves pouvaient créer des érosions dentaires analogues à celles de la syphilis ; il est très heureux d'apprendre que cette dent de Hutchinson n'est pas considérée comme caractéristique de la syphilis.

M. Chompret lit un passage d'une note de M. le professeur Fournier dans laquelle cet auteur expose son avis sur la dent de Hutchinson.

M. Cruet. A-t-on des observations de sujets non syphilitiques présentant des dents dont le type est celui de la dent de Hutchinson ?

M. Rodier. Oui.

M. Gaillard. Parrot établissait que la dent de Hutchinson était syphilitique. A cette époque, M. Gaillard combattait déjà cette théorie.

M. Chompret. En 1893, M. Regnault a constaté chez le singe la dent de Hutchinson.

M. Pietkiewicz. La syphilis du singe a été soutenue par certains auteurs.

M. Cruet. La valeur des observations anciennes peut

Digitized by Google

malheureusement toujours prêter matière à discussion et il est souvent très difficile de reconnaître dans celles-ci ce qu'on entendait exactement par dent d'Hutchinson, de là ces discussions qui recommencent toujours et dureront probablement longtemps encore.

Dr Bouchacourt. — **Sur l'utilisation des rayons de Rœntgen en stomatologie** (1).

M. Pietkiewicz. Le Dr Bouchacourt vient de nous faire une très intéressante démonstration de sa méthode endodiascopique pour l'application des rayons de Rœntgen à l'examen de la bouche, des dents en particulier et nous ne saurions trop le remercier lui et son collaborateur M. Rémond pour toute la peine qu'ils se sont donnée, cette démonstration exigeant le transport d'un matériel lourd et encombrant. Je crois aussi, en principe, que nous devons accueillir avec empressement toutes les nouvelles méthodes d'investigation que les expérimentateurs mettent à notre disposition, que nous n'avons jamais trop d'éléments de certitude pour asseoir et confirmer notre diagnostic.

Insuffisamment renseigné sur les procédés de la méthode endodiascopique par le Dr Bouchacourt, je reconnais que je me suis exagéré les dangers de l'endodiascopie sans être bien sûr cependant qu'ils soient absolument nuls, mais le grand reproche que je fais au procédé du Dr Bouchacourt c'est que, si l'ampoule est en effet placée assez près de l'objet à examiner, l'écran, la plaque ou la pellicule sensible destinés à recevoir l'image en est au contraire très éloignée et dans ces conditions cette image se trouve très déformée et manque absolument de netteté. En outre l'éclairage m'a paru insuffisant et nous ne pourrions ainsi certainement voir ce qui nous importe, aucune des lésions des racines ou même de leurs anomalies. La rapidité de l'examen endodiascopique, très séduisante au premier abord, est donc un peu illusoire, la radiographie dans ce cas peut donc seule nous donner quelque certitude et je ne vois plus alors l'avantage d'un éclairage insuffisant au moyen d'une ampoule dont le maintien dans la bouche est fort gênant pour le patient. Une des applications les plus intéressantes et certainement d'une grande importance clinique

(1) L'abondance des matières nous oblige à réserver cette communication pour le prochain numéro.

Digitized by Google

pour nous des rayons X, est son emploi pour la recherche et la localisation des racines ou des dents incluses, de la dent de sagesse en particulier. Presque toujours dans ce cas nous avons de la contracture, voire même une occlusion complète de la bouche et il serait absolument impossible d'y introduire une ampoule.

Pour me résumer, je crois donc pouvoir dire que si la méthode endodiascopique peut quelquefois nous être utile pour un examen facile et rapide, pour le moment au moins, ses applications me paraissent très limitées et son usage beaucoup moins certain et pratique que la méthode ordinaire avec la technique dont j'ai donné ici les détails. Mais je serais désolé si M. Bouchacourt voyait dans ces critiques autre chose qu'un encouragement à continuer ses recherches et à perfectionner ses procédés. Ce qu'il a fait déjà est pour nous une promesse qu'il fera plus et mieux encore dans l'avenir.

PRÉSENTATION D'UNE MALADE.

M. le Dr Sebileau présente une malade opérée pour une tumeur de la mâchoire inférieure dont la nature lui reste inexpliquée (1).

M. Pietkiewicz. Etant donnés la situation et le développement de la tumeur, il est certain que M. Sebileau s'est trouvé en présence d'un kyste développé aux dépens du follicule de la dent de sagesse.

M. Chompret. M. Sebileau aurait dû trouver la dent de sagesse au cours de l'opération, si le kyste était d'origine folliculaire.

M. Pietkiewicz. Si le kyste est d'origine folliculaire, on n'a pas dû trouver la dent de sagesse.

M. Chompret. Je croyais qu'on trouvait toujours dans un kyste folliculaire un élément de la dent de sagesse.

M. Sebileau. Les renseignements que m'a donnés la malade au point de vue dentaire sont vagues : quant à moi, je me suis placé surtout au point de vue chirurgical et non dentaire. Au cours du curettage que j'ai pratiqué, je n'ai rien trouvé.

L'opinion de M. Pietkiewicz me paraît justifiée.

M. Richet. J'ai eu l'occasion de constater une tumeur de même origine développée au niveau de la deuxième molaire qui n'avait jamais fait son évolution.

(1) L'observation en sera publiée dans le prochain numéro.

Digitized by Google

M. Cruet. L'observation de M. Pietkiewicz pourrait avoir une certaine portée mais qui disparaît vraiment, si l'on veut bien s'attacher aux renseignements dentaires fournis par M. Sebileau et à l'étude attentive de son observation et de son malade.

D'après la description de M. Sebileau et l'examen de la malade, nous nous trouvons manifestement en présence d'un type du kyste paradentaire, tumeur à coque osseuse et à développement prodigieux qui a eu pour origine une infection ayant pénétré par le sommet de la racine de la dent de sagesse.

M. Cruet cite un cas analogue soigné par lui à Calais.

Cette tumeur est donc un kyste paradentaire périostique de la racine.

M. Rodier. Ce n'est pas un kyste périostique de la racine ; c'est un kyste paradentaire né aux dépens du follicule et non de la racine.

M. Cruet. Il s'agit de s'entendre. Malassez a précisément démontré que le kyste, dit périostique de Magitot, naît aux dépens de l'épithélium paradentaire. — L'envahissement de l'épithélium paradentaire peut se faire par voie radiculaire ou par voie gingivale probablement, ainsi que je l'ai dit ailleurs, par des éléments infectieux que nous ne connaissons pas encore ; car ce qu'on appelle l'irritation simple n'a pas grande signification.

M. Sebileau. Où que soit leur siège, ces kystes sont toujours paradentaires.

Dr Ch. Lucius.

Digitized by Google

CHOSES DE PRATIQUE COURANTE

Nous publierons sous ce titre des procédés pratiques, quelquefois nouveaux, souvent déjà connus, mais qu'il y a un intérêt professionnel à répandre. Nous prions instamment nos lecteurs de nous envoyer toutes les choses de pratique courante qui pourraient intéresser leurs coabonnés.

Nous nous ferons aussi un plaisir de répondre aux questions que l'on nous posera, sur les incidents de pratique et de donner les renseignements qu'on nous demandera, essayant ainsi d'être utiles à tous.

La Rédaction.

Amalgames. — Un lecteur nous demande *une bonne formule d'amalgame*. Il se plaint que « les amalgames du commerce se rétractent et laissent au bout de peu de temps les bords de la cavité friables et de nouveau cariés ».

Notre correspondant est-il sûr de pouvoir incriminer les produits qu'il emploie? Il arrive souvent que les bords d'une cavité obturée à l'amalgame, s'effritent parce qu'on n'a pas eu soin d'en enlever toutes les parties friables ou même simplement faibles. Il est aussi très utile de faire attention à la quantité de mercure que l'on ajoute à l'alliage. Il en faut assez pour le bien dissoudre, mais il n'en faut pas trop, car l'excès de mercure que l'on exprime, entraîne avec lui des particules de l'alliage et peut le modifier en entraînant des parties inégales de ses composants. Il est cependant nécessaire que l'amalgame soit bien exprimé, surtout celui qui sera mis à la surface de l'obturation. Il ne faut pas se contenter de brunir l'amalgame avec l'extrémité mousse d'un instrument : il faut le presser fortement dans la cavité, avec un instrument qui a de très légères serrations, et mieux, de presser avec force sur la masse obturante de petits carrés de papier japonais qui enlèveront encore l'excès de mercure (méthode de Bonwill). On peut terminer l'obturation en brunissant à sa surface de petits morceaux d'or très fin

Digitized by Google

(nº 1 ou 2), que l'on aura chauffé ; ou bien en y incorporant de l'alliage sans mercure ; ou encore en la tamponnant fortement avec une boulette de fine feuille d'étain. Ces procédés ont l'avantage d'enlever les dernières parcelles de mercure non combiné.

Tous ces détails et *beaucoup d'autres* sont très importants pour obtenir une obturation durable. La formule de l'alliage n'est pas moins importante, et demanderait à être discutée longuement, chaque composant ayant des qualités spéciales. Nous nous réservons de revenir sur ce sujet. Pour répondre à la question de notre correspondant, nous avouerons que nous employons pour nos amalgames, un alliage du commerce, dont nous ne connaissons qu'inexactement la formule (son fabricant la tenant soigneusement secrète, suivant un usage qui a heureusement vieilli). Ne voulant faire de réclame à personne, nous ne donnons pas ici le nom de cet amalgame ; mais, si notre correspondant le désire, nous le lui donnerons par lettre privée.

Lorsque, dans une cavité prête à être obturée, la pulpe n'est plus recouverte que par une fine couche de dentine, la matière obturatrice produira, presque à coup sûr, une irritation de la pulpe. Cet organe ressentira les changements de température de la bouche, si la cavité est obturée par un métal ; si la matière obturatrice est l'oxyphosphate ou l'oxychlorure de zinc, l'irritation produite par l'acide phosphorique ou le chlorure de zinc peut en amener la nécrose brusque ou lente. Il est donc nécessaire, dans ces circonstances, de placer un corps isolant sur la dentine. On a indiqué pour cet usage une solution chloroformique de gutta-percha ou de baume du Canada, une solution éthérée de copal, et surtout une solution de nitrocellulose dans l'alcool méthylique. Ce dernier produit (qui n'est autre que la cavitine du commerce) rend de réels services. Il faut avoir soin, lorsque l'on emploie l'un de ces produits, de ne pas en enduire les bords de la cavité ; car, attaqués ou dissous par la salive, ils laisseraient, au bout de peu de temps, un lieu d'élection pour la carie.

Digitized by Google

ANALYSES

Tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu. Les adresser au secrétaire de la Rédaction.

De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion,

par le Dr E. Sauvez.

Dans une intéressante communication faite sous ce titre au *Congrès dentaire de Lyon*, le Dr Sauvez étudie les divers cas, en présence desquels le praticien peut se trouver ; et il arrive aux conclusions suivantes :

I. L'intervention *complète* est variable suivant les degrés de la phlegmasie.

Dans la première phase, *fluxion œdémateuse simple*, elle consiste à tenter la résolution de la fluxion et à pratiquer l'extraction.

Dans la deuxième phase, *fluxion phlegmoneuse*, elle consiste à pratiquer l'extraction et à guider l'évolution de l'abcès pour l'amener à s'ouvrir dans la bouche.

Dans la troisième phase, *abcès*, elle consiste à pratiquer l'extraction et à ouvrir l'abcès.

II. Dans la première période, le praticien tentera d'amener la résolution de la fluxion.

Dans la seconde période, l'intervention dépend de l'intensité des phénomènes inflammatoires : l'*extraction* suffira presque toujours pour arrêter la marche de la phlegmasie. Il sera toujours indiqué, que l'extraction soit faite ou non, de guider l'évolution de l'abcès par une thérapeutique appropriée.

Dans la troisième période, on se souviendra que le mal est limité ; si l'abcès proémine dans la bouche, on l'incisera.

Sauf le cas où l'abcès marche vers la peau, et dans lequel l'extraction s'impose, l'*extraction est discutable et guidée* par les symptômes locaux et généraux.

III. Dans les trois périodes, l'*extraction est indiquée* lorsque la dent est condamnée.

IV. La tuberculose, la syphilis, le cancer, les fièvres éruptives, l'actinomycose, la scrofule, l'ostéomyélite, commandent l'intervention complète.

Digitized by Google

V. Le diabète sucré, l'albuminurie, l'érysipèle, l'hémophilie, l'épilepsie, contre-indiquent l'intervention complète.

VI. La fièvre typhoïde, le typhus, les affections cardiaques et nerveuses, donnent des indications variables.

VII. La grossesse, la lactation et la menstruation donnent des indications variables.

VIII. Le choix de l'intervention dépend du siège de la dent, de son état, de la longueur de ses racines, de ses rapports anatomiques, etc.

IX. Le choix de l'intervention dépend de considérations esthétiques, physiologiques et du milieu social.

X. L'extraction, quand elle est décidée, sera faite immédiatement. L'ouverture de l'abcès ne sera faite que lorsque le pus sera superficiel.

Sajous's annual and analytical cyclopaedia of practical Medecine, By Ch. E. de M. Sajous, M. D. assisted by one hundred associate editors and a corps of corresponding editors, collaborators and correspondents.

On nous signale d'Amérique l'apparition en librairie du second volume de l'encyclopédie de Médecine pratique. Le directeur scientifique de cette importante publication, le Dr de M. Sajous, ancien doyen du Medico-chirurgical college of Philadelphia, n'est pas un inconnu parmi nous. Descendant d'une famille française de la Nouvelle-Orléans, il a fait de nombreux voyages en France et de longs séjours dans les hôpitaux de Paris. Il a beaucoup contribué à faire connaître en Amérique nos auteurs médicaux ; et à ce titre il a été, il y a quelques années, fait chevalier de la Légion d'honneur, par le Gouvernement français.

Digitized by Google

NOUVELLES

CONGRÈS ODONTOLOGIQUE ESPAGNOL.

Ce congrès aura lieu à Barcelone les 24, 25, 26 et 27 septembre sous le patronage du Cercle odontologique de la Catalogne.

Le comité est composé de MM. J. Xifra, président ; Ramon Bofill, vice-président et chef de clinique ; Jose Meifrein fils, trésorier ; Jose Boniquet, Salvador, Calpe, Ricardo Costa, Amaro Pedra, membres ; Ramon Pons, secrétaire général ; Jose Alcantara, secrétaire adjoint.

Afin d'augmenter l'intérêt de ce congrès, il y sera distribué diverses récompenses, parmi lesquelles nous pouvons mentionner les suivantes :

1° 1.000 pesetas en argent, offertes par *La Odontologia* de Cadix, au meilleur anesthésique local sans accidents locaux ni généraux.

2° Une médaille d'or offerte par la Revue *La moderna Estomatologia* à l'invention ou au perfectionnement le meilleur et le plus utile, applicable aux appareils prothétiques.

3° Un grand diplôme d'honneur du *Cercle odontologique de Catalogne* au meilleur mémoire sur la carie dentaire.

4° Le titre de membre honoraire de ce cercle à quiconque présentera une matière obturatrice réunissant le mieux les conditions de dureté, de facilité d'introduction et d'harmonie de couleur.

5° Une installation électrique d'un cabinet dentaire d'une valeur de 900 francs offerte par la maison Roch (de Marseille).

Par une circulaire du mois de février dernier, le Vice-Recteur rappelait aux directeurs des écoles dentaires de Paris, que le décret du 28 janvier 1876 (article 8) exigeait que tous les professeurs enseignant dans les écoles françaises « jouissent de leurs droits civils en France ». A la suite de cette circulaire, les professeurs étrangers ont donné leur démission. — Dans une de ces écoles, cinq dé-

Digitized by Google

missions ont été données collectivement. — Le même fait s'était passé à Bordeaux il y a environ trois ans.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE (19 JUIN).

1° Présentation de malade (un cas d'implantation dentaire consolidée), Dr Amoedo.

2° Rapport de la commission des candidatures.

3° Publication des comptes rendus, Dr Ferrier.

4° Présentation, Dr Pietkiewicz.

5° Contribution à l'étude de l'étiologie de l'érosion dentaire, Dr Amoedo.

6° Présentation de thèse, Dr Besson (Mécanisme et accidents de l'éruption des dents temporaires).

7° Névralgie brachiale d'origine dentaire, Dr Ferrier.

8° Présentation de thèse, Dr Caumartin (Nécrose du maxillaire d'origine non dentaire par infection buccale).

9° Un cas de résorption de deux racines d'une seconde molaire supérieure vivante, chez un adulte, Dr Gires.

CLIENTÈLES

Un docteur faisant environ 4.000 francs d'affaires (2e année), ne devant rester à Paris que quelques années seulement et ne voulant point par suite faire des frais d'installation, accepterait collaboration, même à titre gracieux. Peut surveiller et faire des travaux d'atelier.

(*S'adresser au bureau du Journal.*)

Digitized by Google

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'ACTINOMYCOSE DES MAXILLAIRES

PAR

Le Dr de Grandmaison.

Les faits d'actinomycose humaine deviennent d'observation plus courante à mesure qu'on les recherche davantage. Les travaux de MM. Poncet et Bérard ont mis la question à l'ordre du jour chirurgical ; dans leur étude parue dans la Bibliothèque Charcot-Debove, MM. Guermonprez et Bécu ont relaté des observations assez nombreuses d'actinomycose chez l'homme. Malgré ces publications de mérite indiscutable, l'actinomycose néoplasique limitée au maxillaire, qui se développe avec une assez grande fréquence chez le bœuf, n'est pas commune chez l'homme et pourtant elle a été observée et décrite avec beaucoup de soins par notre ami M. le Dr Ducor, chez une personne qui portait au maxillaire inférieur depuis 14 ans une tumeur osseuse, prise successivement par divers médecins et chirurgiens pour un ostéo-sarcome. De tels cas relèvent souvent de l'odontologie, d'autant plus que les malades, avant de consulter leurs médecins, s'adressent au dentiste qui arrache souvent une ou plusieurs dents absolument saines, pour calmer les douleurs souvent intolérables du patient. Il importe donc de bien connaître ces faits, de savoir en dépister l'origine et enfin d'en étudier l'évolution anatomique pour pouvoir mettre en œuvre la thérapeutique iodurée, vraiment spécifique dans l'actinomycose.

Si l'actinomycose du maxillaire, comme les autres localisations de l'actinomyces, s'attaque de préférence aux garçons de ferme, aux bouviers, aux palefreniers, en un mot à tous les individus que leurs métiers mettent en rapports constants avec les bestiaux et particulièrement les bêtes à cornes, il est des circonstances où cette notion

Digitized by Google

étiologique fait défaut. Tel était le cas de M. Ducor, qui se rapportait à une femme du monde. L'invasion du maxillaire inférieur par l'actinomyces s'était faite dans des conditions bien spéciales. Depuis son enfance, la malade avait l'habitude de s'introduire entre les dents et de mordiller des tiges de graminées recueillies dans des champs où paissaient des bestiaux, qui souillaient les herbes de leurs excréments. Ces tiges de graminées portaient certainement des champignons d'actinomyces, qui n'attendaient qu'une occasion pour se développer. Ce mode d'infection nous permet jusqu'à un certain point de comprendre comment se fait l'envahissement primitif du maxillaire.

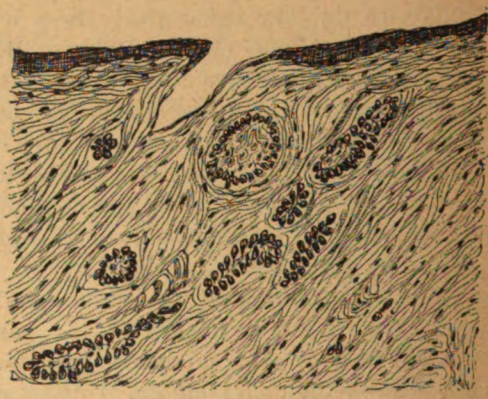


Fig. 1. — Os décalcifié (obj. 4 B de Reichert).

Le périoste paraît enfoncé, très net. Les lamelles osseuses se reconnaissent facilement, de même les ostéoblastes.

Les foyers actinomycétiques sont très nets ; deux seulement ont atteint leur complet développement, laissant voir leur réticulum central et à la périphérie leur couronne de corps en massue.

Il est facile de constater que les foyers actinomycétiques se développent suivant le trajet des lamelles osseuses. Sur la droite de la préparation, deux foyers très petits sont au début de leur évolution.

Les tiges portent directement dans les alvéoles dentaires le germe contage, qui trouve, dans le tissu osseux de l'alvéole, un terrain propice à son évolution ; aussi les gencives ne sont pas altérées dès le début et c'est seulement, quand la tumeur osseuse a acquis un certain volume, qu'elles se laissent distendre progressivement et parais-

Digitized by Google

sent trop larges pour l'implantation des dents qu'elles supportent. Celles-ci sont cependant absolument saines, exemptes de toute carie, mais souvent très douloureuses ; leur avulsion laisse une perte de substance, par laquelle s'écoule un liquide ichoreux, contenant les grains jaunes caractéristiques de l'actinomycose.

Le picro-carmin permet d'étudier très facilement ce champignon. Il se compose de filaments renflés en massue à une de leurs extrémités et rayonnant autour d'un centre constitué par un mycélium plus ou moins dense. Dans ce parasite les massues et le mycélium sont tout à fait caractéristiques, la disposition rayonnée l'est moins,

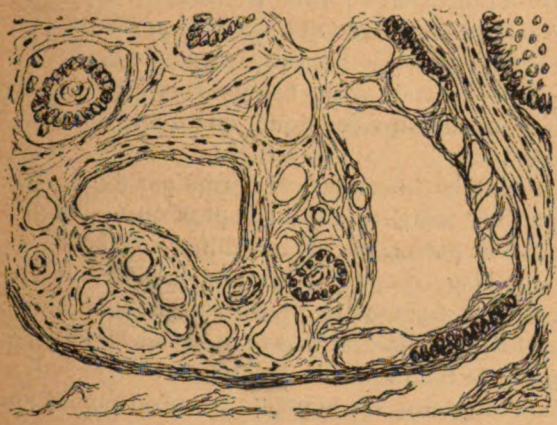


Fig. 2. — Obj. 4 B de Reichert.

Dans cette préparation, l'actinomycose a atteint un développement beaucoup plus prononcé.

Les lamelles osseuses, refoulées par le développement du parasite, entourent des aréoles de diverses grandeurs. Plusieurs foyers ont été détachés par des artifices de préparation.

car au sein des lamelles osseuses, elle ne se retrouve pas nécessairement.

Comment donc le champignon pénètre-t-il dans le tissu du maxillaire et quels sont les désordres qu'il y détermine ? tels sont les deux points que nous voulons mettre en lumière, et nous le pouvons d'autant plus facilement que M. Ducor a bien voulu nous charger de l'étude ana-

Digitized by Google

tomo-pathologique des débris osseux retirés chirurgicalement de la mâchoire de sa malade.

L'actinomycose que j'ai pu ainsi étudier présentait des lésions très diverses d'intensité, suivant l'ancienneté ou le jeune âge de leur développement, et j'ai pu ainsi reconstituer l'évolution anatomique du mal.

C'est vraisemblablement par une fissure du périoste alvéolo-dentaire que l'actinomyces a pénétré dans l'os, la lésion était trop ancienne pour qu'il m'ait été possible de retrouver la lésion initiale produite par le parasite. Quoi qu'il en soit, un fait doit être dès à présent mis en lumière, c'est que le parasite ne trouve pas de réactions vives dans le tissu du maxillaire ; nulle part on ne rencontre ces altérations qui caractérisent l'ostéite *condensante* ; on trouve seulement, après une longue période, de la raréfaction du tissu osseux, mais cette ostéite *raréfiante* est bien plus le fait d'une action mécanique, que d'une réaction inflammatoire.

Le maxillaire inférieur est formé par des aréoles limitées par des lamelles osseuses plus ou moins denses et entouré à sa périphérie par une mince couche sous-périostique de tissu compact. L'actinomyces franchit d'abord assez difficilement cette première couche osseuse, mais quand il l'a dépassée, il trouve entre les lamelles du tissu spongieux la facilité de se développer.

Dans l'interstice des lamelles se développe d'abord un actinomyces qu'il est facile de reconnaître à son mycélium et à ses corps en massue ; autour du champignon s'accumulent des phagocytes, qui l'entourent et donnent à la lésion l'aspect d'un nodule tuberculeux et généralement la victoire appartient à l'actinomyces, qui se multiplie et va plus loin constituer d'autres foyers parasitaires, à un moment donné, une région du maxillaire est particulièrement riche en foyers actinomycétiques, et à son niveau l'os présente une texture toute spéciale. La partie malade a la consistance du caoutchouc et peut se plier dans tous les sens, en donnant cependant lieu à de petits craquements indiquant la persistance de quelques lamelles osseuses. Au sein d'un tel tissu, les foyers d'actinomycètes forment des

Digitized by Google

masses rondes, enclavées entre les lamelles osseuses qui ont perdu leurs sels calcaires ; ce sont les grains actinomycétiques caractéristiques dont il est facile de reconnaître les caractères histologiques en les écrasant entre une lame et une lamelle.

Dans tout ce processus, l'os ne réagit que d'une manière passive, ses cloisons sont repoussées et détruites par les progrès mêmes du parasite, mais il n'existe pas trace d'inflammation : aussi quand on examine des coupes passant par les points les plus atteints, l'os rappelle assez bien l'aspect de l'ostéite raréfiante, mais il est facile de se convaincre que les logettes osseuses étaient habitées par des actinomycètes plus ou moins volumineux, que les hasards de la manipulation ont chassés.

En somme l'actinomycose de la mâchoire constitue une tumeur *non maligne*, puisqu'elle ne devient pas le point de départ de généralisations et que, d'autre part, son extension est essentiellement liée à la multiplication du champignon parasite.

PRÉSENTATION D'UN NOUVEAU MATÉRIEL RADIOGRAPHIQUE : BOBINE A UN SEUL POLE ACTIF ; TUBE DE CROOKES MANIABLE ET INOFFENSIF POUVANT ÊTRE TENU A LA MAIN, PLACÉ EN CONTACT AVEC LE VISAGE OU INTRODUIT DANS LA CAVITÉ BUCCALE ; FLUOROSCOPES RATIONNELS (1)

PAR

L. Bouchacourt,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

1. Généralités. — J'ai l'honneur de présenter à la Société de Stomatologie toute une instrumentation nouvelle de l'utilisation des rayons de Röentgen, à laquelle j'ai donné le nom d'*endodiascopie* quand elle est appliquée à l'éclairage des cavités naturelles.

(1) Communication faite à la *Société de Stomatologie*.

Digitized by Google

Cette méthode est caractérisée par la *mise à la terre* du pôle positif du générateur d'électricité, du côté anodique de l'ampoule de Crookes, du sujet et de l'opérateur ; elle présente, pour les applications médicales, des avantages multiples.

On peut toucher la partie anodique du tube, promener celui-ci à la surface du corps du malade, l'introduire dans les cavités naturelles, sans qu'aucune sensation soit perçue par le malade ni par l'opérateur.

Tous deux sont le plus absolument à l'abri des troubles trophiques et de tout phénomène d'influence électrique.

Avec cette méthode, le tube de Crookes est rendu maniable et inoffensif, quelle que soit l'intensité de l'énergie électrique employée : c'est ainsi qu'on peut tenir dans sa main un tube excité par une bobine donnant 50 centimètres de longueur d'étincelle et actionnée par le secteur de la ville.

2. Générateurs électriques. — J'ai employé au début la machine statique Carré, qui était le seul générateur puissant d'électricité pouvant fonctionner normalement avec le pôle positif à la terre.

Mais l'inconstance de sa marche, et d'autres difficultés d'ordre pratique m'ont conduit à l'abandonner, presque immédiatement.

Je me sers aujourd'hui d'une bobine unipolaire, que j'ai fait construire par M. Guénet sur le principe des petites bobines d'allumage pour moteur à explosion.

Après quelques destructions d'appareils, j'ai obtenu le modèle que je vous présente ici.

Cette bobine, *à un seul pôle actif*, permet d'utiliser la presque totalité de l'énergie du courant induit, car, dans sa construction même, l'un des pôles est à tension presque nulle. Il est mis au sol systématiquement, après avoir disposé du sens du primaire pour que ce soit l'induit positif.

Si l'on compare la marche de cette bobine dans le circuit ou avec un pôle à la terre, on observe les phénomènes suivants :

Quand l'étincelle se produit *dans le circuit*, et qu'on

Digitized by Google

approche d'une des bornes, on reçoit une décharge ; mais, alors que l'étincelle partant du pôle positif est courte, celui-ci étant à faible tension, celle que fournit le pôle négatif a presque la longueur de l'étincelle se produisant entre bornes.

Quand la décharge a lieu au contraire entre le pôle négatif de la bobine et le *pôle positif relié au sol* (de préférence par une conduite d'eau) l'étincelle reste la même en apparence ; mais, si on approche du pôle positif, on constate que ce pôle terrestre, à tension nulle, peut être touché impunément.

Cette mise du pôle positif à la terre ne peut être réalisée directement avec les bobines de Ruhmkorff, ni avec les machines statiques ordinaires, c'est-à-dire bipolaires (types Wimshurst, Bonetti, Holtz, etc.), ces connexions électriques étant contraires à leur mode de construction, ou constituant une fuite par où s'écoule l'énergie électrique. Mais on peut utiliser ces générateurs électriques en employant un appareil intermédiaire, imaginé par M. A. Rémond, qui lui a donné le nom de *régulateur d'induction*. L'inconvénient de la marche en unipolaire de ces générateurs électriques bipolaires est leur faible rendement, puisqu'une seule des deux moitiés du circuit est utilisée.

3. Tubes producteurs de rayons de Röentgen en unipolaire. — Un tube Crookes quelconque peut être employé dans la marche en unipolaire ; mais, pour que ce mode d'excitation soit réellement avantageux, il faut que l'ampoule ait une forme et des dimensions appropriées à l'usage qu'on veut en faire, et qu'elle soit placée dans une gaine protectrice qui permette de la tenir à la main comme une lampe.

Pour éviter l'étincelle qui pourrait se produire entre le fil négatif arrivant au tube et le malade ou l'opérateur, il est nécessaire d'allonger l'extrémité cathodique de l'ampoule, de manière à éloigner le seul fil agressif.

L'atmosphère extérieure d'un tube de Crookes excité suivant la méthode unipolaire est à un état électrique sensiblement neutre : c'est ce qui permet de mettre le tube en

Digitized by Google

contact immédiat avec la région qu'on se propose d'examiner.

On utilise ainsi la plus grande partie des rayons de Röentgen produits par l'ampoule, et avec leur maximum d'intensité puisque celle-ci diminue en raison inverse du carré de la distance qui sépare le tube de l'objet.

La forme et le volume des ampoules destinées à la marche en unipolaire varient un peu suivant les régions qu'on désire explorer.

Mais quel que soit leur volume, la configuration extérieure de ces tubes est toujours la même : la partie anodique est réduite au minimum et la partie cathodique très allongée.

On doit assimiler le tube de Crookes excité suivant cette méthode à une lanterne, dont les rayons, doués d'un merveilleux pouvoir de pénétration, peuvent fouiller le corps humain jusque dans ses replis les plus obscurs.

L'observateur, tenant le fluoroscope d'une main, promène de l'autre le tube à la surface du corps du malade, et l'enfonce au besoin dans les masses musculaires et dans les cavités naturelles, en suivant toujours sur l'écran la lueur du tube.

On peut ainsi, en plaçant l'ampoule contre la joue ou en arrière de la branche montante, examiner facilement le maxillaire de l'autre côté et l'articulation temporo-maxillaire.

L'ampoule placée entre le cou et le maxillaire inférieur permet l'examen des cartilages du larynx, des vertèbres cervicales, des racines antérieures du maxillaire inférieur, etc.

L'ampoule destinée à fonctionner en dehors de l'organisme peut être simplement suspendue dans une gaine en bois, avec laquelle on pourra déprimer les parties molles de façon à réduire le plus possible l'épaisseur des tissus à traverser.

Endodiascopes. — J'ai appelé ainsi les tubes de Crookes que j'ai fait construire spécialement, depuis janvier 1898, dans le but de les introduire dans les cavités naturelles, et spécialement dans la bouche. Leur forme est très allon-

Digitized by Google

gée ; l'extrémité éclairante très réduite en dimension.

Leur capacité étant assez faible, surtout pour le type buccal, il est nécessaire de leur adjoindre latéralement une ampoule formant un *réservoir à vide*.

Dans les premiers modèles de tubes, la gaine isolante était en celluloïde ou en ébonite ; mais, dans les modèles actuels, c'est un tube de verre en forme de chandelier, qui engaine la partie éclairante dans sa portion évasée et qui déborde l'enveloppe métallique extérieure sur une assez grande longueur, pour se terminer en forme de pavillon de trompette.

La gaine métallique extérieure constitue une enveloppe aseptisable et protégeant le malade contre les dangers possibles de rupture du tube.

Elle est formée par deux demi-gouttières réunies vers l'anode par une charnière ou par une fermeture à baïonnette, et vers la partie cathodique par un anneau.

Cet anneau de maintien est supporté par un manche en ébonite et se serre au moyen d'une vis de pression.

La forme de cette gaine est celle de l'ampoule elle-même : c'est celle d'un battant de cloche.

Cette configuration extérieure a le grand avantage de permettre à l'orifice de la cavité naturelle de se refermer en partie sur le tube, au niveau de sa portion la plus rétrécie.

En regard de l'anticathode, l'enveloppe métallique extérieure est percée d'une fenêtre fermée par une feuille de mica qui livrera passage aux rayons de Röentgen.

Le vide est fait dans l'ampoule au moyen d'une tétine, qui est annexée au réservoir à vide.

Le courant négatif de la bobine arrive par un fil qui s'attache au niveau du serre-fil.

Toute la gaine métallique extérieure est en communication directe avec l'anode de l'ampoule et avec la terre, par un fil qui part de l'anneau, au niveau duquel il est fixé par un autre serre-fil.

Le fonctionnement de l'endodiascope est le même que celui du tube marchant à l'air libre en unipolaire.

La connexion avec le sol du côté anodique de l'ampoule

Digitized by Google

et du malade est assurée d'une façon parfaite, puisque ce contact électrique est établi par toute la surface de la gaine métallique extérieure de l'ampoule.

L'emploi de l'endodiascope présente, pour l'examen de la ceinture osseuse crânio-faciale, des avantages multiples.

D'abord, il est possible de se servir, dans tous les cas, de l'écran fluorescent pour faire un examen sommaire, et pour mettre l'image au point si on désire la radiographier.

L'épaisseur des tissus à traverser est au moins diminuée de moitié ; et les rayons de Röentgen sont utilisés avec leur intensité maximum, agissant tout près de leur point d'émission.

Enfin, le grand avantage de ce mode de fonctionnement est la certitude d'éviter la superposition, sur une même image, de surfaces osseuses situées sur des plans différents, et dont la réunion produit toujours, dans l'emploi de la méthode ordinaire, une image d'une lecture difficile, et dont l'interprétation est presqu'illusoire.

L'endodiascopie présente, il est vrai, quelques inconvénients, parmi lesquels on ne doit pas ranger l'agrandissement de l'image ; car cet effet inévitable de la faible longueur du cône de projection est plutôt utile que nuisible, puisqu'il permet de voir pour ainsi dire les détails à la loupe.

Le défaut à peu près unique de l'endodiascopie est la déformation de l'image, due également à la faible longueur du cône de projection. Mais il existe toujours une position où cette déformation est presque nulle.

C'est celle qui correspond au parallélisme parfait des plans passant par le tube, l'organe à examiner et la surface réceptrice des rayons.

Aussi, en règle générale, faut-il toujours commencer par mettre pour ainsi dire l'*image au point* avec l'écran fluorescent, de façon à être certain que l'organe à explorer se trouve bien dans la zone qui n'est qu'agrandie.

4. Fluoroscope rationnel. — L'usage de l'écran fluo-

Digitized by Google

rescent est donc de première nécessité dans l'utilisation médicale des rayons de Röentgen.

Cet appareil, qui transforme la lumière invisible en lumière visible, joue en effet le rôle du viseur ou du verre dépoli de la mise au point des appareils photographiques.

Il permet, de plus, de vérifier à chaque instant, le degré de production des rayons, l'intensité de l'image et le fouillé des détails.

Enfin, au point de vue radiographique, il donne d'utiles indications sur la durée du temps de pose ; car il est certain que la sensibilité de la plaque photographique et celle de l'écran fluorescent sont de même ordre, vis-à-vis des rayons chimiques de la lumière.

Jusqu'à présent, les fluoroscopes lourds, encombrants obturaient mal la lumière et présentaient une forme véritablement irrationnelle de leurs deux extrémités.

M. Rémond et moi avons imaginé et construit un fluoroscope rationnel, petit, léger, d'un maniement facile, en un mot très pratique.

La partie oculaire est formée par un loup, inscrit dans la base d'un tronc de pyramide quadrangulaire.

La partie objective est constituée par un écran de forme ovalaire en platino-cyanure de baryum, inscrit dans la grande base d'un tronc de cône, et limitée seulement par ses bords.

Cette surface fluorescente présente, dirigée suivant le grand diamètre de l'ovale, une concavité inverse de celle du loup.

Le tronc de pyramide oculaire et le tronc de cône objectif se réunissent par une surface articulaire cylindrique qui, par emboîtement réciproque, permet d'orienter dans tous les sens l'ovale de l'écran fluorescent, la partie oculaire restant immobile.

On voit qu'à l'aide de ce dispositif, une obscurité parfaite est assurée dans l'intérieur de l'appareil, puisque la lumière éclairante ne pourrait pénétrer que par les orifices qui, étant exactement appliqués aux deux yeux, sont obturés.

Digitized by Google

La distance de 15 centimètres qui sépare ces orifices de l'écran fluorescent, est par elle-même variable entre certaines limites, grâce aux cylindres articulaires qu'on peut enfoncer plus ou moins l'un dans l'autre.

Conclusions. — L'ensemble formé par la bobine unipolaire, par les tubes spéciaux (endodiascope et autres), et par les floroscopes rationnels, constitue un matériel complet, qui permettra au praticien de se servir sans crainte et sans difficulté du merveilleux mode d'exploration qui a été découvert par Röentgen.

Mais la pratique seule pourra déterminer quels sont les organes qui doivent être examinés par le tube laissé au dehors, et quels sont ceux qui sont justiciables de l'introduction de l'ampoule dans la cavité buccale.

Au point de vue médical, on peut affirmer que ce mode d'excitation des tubes de Crookes est la méthode de l'avenir ; car il présente l'immense avantage de rendre l'ampoule maniable et inoffensive, et d'enlever au malade et à l'opérateur toute crainte de troubles trophiques.

Cette méthode, depuis longtemps complète en théorie, est nouvelle au point de vue clinique.

Il fallait, en effet, en établir tout d'abord l'instrumentation : ce qui a présenté de grandes difficultés pratiques ; enfin en régler le fonctionnement.

Pour obtenir une radiographie, il faudra remplacer l'écran par une surface photographique protégée contre la lumière visible au moyen d'une enveloppe opaque.

Une pochette en celluloïde noir collé avec de l'acétone, et de dimension variable suivant l'organe à examiner, répond à toutes les indications ; car, avec l'emploi des pellicules, elle a le grand avantage de pouvoir se modeler sur l'organe à examiner, ce qui réduit la déformation au minimum.

Rien n'est plus simple que de maintenir ainsi une petite pochette buccale entre le maxillaire et la joue, par la simple pression de celle-ci.

Si on compare ce dispositif à celui de l'empreinte de godiva, nécessité par la situation du tube en dehors de la bouche, on se rendra compte immédiatement de la

Digitized by Google

simplification apportée par la méthode endodiascopique.

Nous nous sommes surtout attaché à l'étude de l'examen radioscopique, car nous sommes convaincu que, dans la pratique courante, l'examen au moyen de l'écran fluorescent sera très souvent suffisant.

Étant donné les difficultés et les longueurs opératoires de la moindre radiographie, on comprendra que le praticien recule souvent à ce mode d'investigation indirecte par les rayons de Röentgen.

Sans doute, l'image radiographique est plus nette que l'image radioscopique, et sa persistance indéfinie en permet l'étude à loisir. Mais les principaux inconvénients de l'emploi de l'écran fluorescent : tels que les intermittences de l'image et le peu de fouillé des détails, ne sont pas absolus.

Ainsi,avec les interrupteurs très rapides, tels que le Marcel Déprez et le Wehnelt, l'image présente une fixité parfaite.

D'autre part il est permis d'espérer qu'on arrivera à préparer des surfaces fluorescentes d'une finesse telle que les grains des cristaux ne soient plus visibles ; qui soient tout à fait comparables en un mot à la surface photographique si lisse et si unie.

La seule difficulté réelle de l'examen à l'écran sera la nécessité d'habituer progressivement l'œil à l'obscurité.

TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE

PAR

le Docteur J. Redier

Professeur à l'Université catholique de Lille.

(*Fin.*)

Avant d'entrer dans le détail de l'application pratique des pansements caustiques, nous allons exposer les procédés de l'extirpation de la pulpe escarrifiée.

Extirpation de l'escarre. — L'application du caustique sur la pulpe dénudée a pour résultat la production d'une

Digitized by Google

escarre qui s'étend plus ou moins profondément jusque dans les canaux radiculaires ; cette escarre n'a pas toujours les mêmes caractères : tantôt molle et présentant l'aspect d'une bouillie brunâtre ou rougeâtre, elle est d'autres fois comme ratatinée et d'une consistance assez dure, rappelant celle du cuir. Quoi qu'il en soit de ces différences, il est évident que si l'on obturait la cavité en enfermant l'escarre, on s'exposerait sûrement à voir les produits de la suppuration éliminatrice et ceux de la putréfaction de l'escarre refluer vers le sommet radiculaire et infecter l'articulation ; il faut donc sans attendre l'élimination spontanée de l'escarre, qui serait à la fois trop lente et trop incertaine dans ses résultats pratiques, pratiquer l'extirpation des parties mortifiées.

L'ablation de la masse contenue dans la cavité centrale est chose aisée : une curette ou un stylet y suffisent ; mais pour les prolongements radiculaires il faut des manœuvres délicates et des instruments spéciaux.

Ceux qui sont le plus communément employés sont de petites broches d'acier doux (1), finement barbelées, qu'on désigne sous le nom caractéristique de *tire-nerfs* ; on les trouve dans le commerce par petits paquets d'une douzaine, de dimensions variées. Pour s'en servir, après avoir fait choix d'un instrument de calibre approprié au cas particulier, on l'introduit aussi loin que possible dans le canal radiculaire, puis on le retire en lui imprimant un mouvement de rotation d'environ un tour ; le prolongement pulpaire contenu dans le canal s'accroche aux barbes de l'instrument et les entraîne avec lui. Malheureusement cette petite manœuvre ne réussit pas toujours du premier coup et l'on peut être obligé de s'y reprendre à deux, trois fois et plus pour la mener à bien ; et comme l'escarrification de la pulpe n'est jamais absolument complète jusqu'au sommet de la racine, c'est à chaque reprise une nouvelle douleur qui est infligée au patient. Il arrive aussi quelquefois que l'instrument se brise dans le canal

(1) On en fabrique aussi en platine iridié qui sont moins fragiles et qu'on peut facilement stériliser en les portant au rouge dans la flamme d'une lampe à alcool.

Digitized by Google

radiculaire ; il est alors bien difficile d'en ressaisir le fragment ; en vain agrandit-on le canal ; en vain fait-on pendant un jour ou deux une obturation provisoire sous laquelle on emprisonne un petit fragment d'iode ou quelques cristaux de sel de cuisine qui en raison de leurs propriétés oxydantes seraient capables, a-t-on dit, de réduire à l'état de rouille pulvérulente le corps du délit ; presque toujours on échoue dans ces tentatives et l'on est contraint d'abandonner le fragment et les restes de la pulpe qui remplissent encore ce canal désormais inaccessible. Souvent il est vrai il n'en résultera pas grand dommage, surtout si le tire-nerf avait été préalablement rendu aseptique ; mais qui pourrait affirmer que les débris pulpaires se montreront infiniment tolérants pour ce corps étranger? Le mieux, lorsqu'arrive un pareil accident, est de ne pas insister pour extraire le fragment dans la crainte de l'enfoncer au delà de l'apex et de le faire pénétrer dans l'articulation, et de chercher à momifier les restes pulpaires en les desséchant avec un courant d'air chaud et en les imbibant ensuite de créosote ; une obturation provisoire à la gutta-percha sera maintenue pendant quelques semaines avant l'obturation définitive.

Au lieu de tire-nerfs, on peut se servir pour l'extirpation des prolongements radiculaires de la pulpe de petites aiguilles fines, non barbelées, dont on enveloppe l'extrémité de quelques filaments de coton bien serrés ; il faut un peu d'habitude pour garnir convenablement l'aiguille de manière que son revêtement ouaté soit régulier et bien adhérent ; c'est l'affaire d'un petit tour de main qui s'attrape après quelques exercices.

Comme aiguille on peut prendre les équarrissoirs les plus fins des horlogers en montres en ayant soin de les détremper, ou mieux les instruments spécialement fabriqués pour cet usage et qu'on trouve chez les fournisseurs sous le nom de sondes de Donadson ; leur acier de très bonne qualité se laisse fléchir en tous sens sans se briser. Ce sont ces sondes que nous employons exclusivement.

Voici comment on procède : l'aiguille garnie est enfon-

Digitized by Google

cée dans le canal radiculaire aussi loin que possible ; puis on lui imprime un mouvement de rotation de manière à lui faire faire de 5 à 10 tours ; à un moment, la main sent une petite résistance et le patient accuse une certaine douleur : c'est le fragment radiculaire de la pulpe qui s'enroule autour du coton ; il suffit alors pour l'entraîner au dehors de retirer doucement l'instrument sans cesser de le faire tourner. Il peut arriver, comme avec les tire-nerfs, qu'on ne réussisse pas du premier coup ; on en est quitte pour recommencer ; mais jamais l'instrument ne se brise entre des mains exercées; si cependant cela arrivait il serait toujours possible de retirer la pointe qui emprisonnée dans les mailles du coton serait facilement ramenée au dehors avec celui-ci. C'est principalement pour cette raison que nous préférons les aiguilles et le procédé de l'enroulement aux tire-nerfs proprement dits.

La théorie indique évidemment que pour réussir à coup sûr la totalité du contenu de chacun des canaux radiculaires de la dent malade doit être complètement évacuée ; mais en pratique, cela est-il toujours possible ? Certainement non. Parfois une dent à racine unique présente des courbures anormales, inaccessibles aux instruments et qu'il faut bien se résoudre à laisser inexplorées ; chez les vieillards aussi, l'étroitesse des canaux en interdit l'accès aux aiguilles les plus fines ; enfin, pour les molaires du fond de la bouche dans certaines caries des faces postérieures, malgré les résections les plus étendues, on ne parvient pas toujours à manœuvrer comme il faudrait. Qu'advient-il dans ces cas ? L'observation montre que ces quelques débris pulpaires sont généralement bien tolérés lorsqu'on a pris soin de les momifier en les pénétrant d'antiseptiques puissants. Pour ce faire, nous avons l'habitude de les dessécher par une insufflation d'air chaud et de déposer ensuite à l'entrée du canal radiculaire une goutte de créosote qui se répand profondément suivant le mécanisme qui sert à emplir les thermomètres à mesure que les parties se refroidissent et imprégnant les débris les rend tout à fait inoffensifs.

Quelques-uns ont voulu aller plus loin et ériger en mé-

Digitized by Google

thode régulière ce que nous ne faisons que faute de mieux: se bornant après l'application du caustique à évacuer la cavité centrale, ils abandonnent *in situ* de propos délibéré les prolongements radiculaires. Si nous ne voyons pas bien quels avantages ils espèrent de cette manière de faire, ses inconvénients nous semblent évidents : privés de vie, ces débris trop étendus pour être facilement stérilisés deviendront, tôt ou tard, le point de départ de suppurations alvéolaires, et si le caustique a respecté leur vitalité, les dégénérescences auxquelles ils sont fatalement voués amèneront un jour des douleurs névralgiques, comme dans la P2.

Conclusions pratiques. — Technique de la thérapeutique de la P1. — Soit une dent quelconque atteinte de P1 ; le diagnostic est sûr ; on fait les opérations préliminaires nécessaires (résection, écartement temporaire, etc.); la cavité est nettoyée en gros; on a renoncé au traitement conservateur sur lequel nous nous sommes suffisamment expliqué pour n'avoir plus à y revenir et l'on opte pour le traitement radical. Telle devra être la succession des opérations :

1° Curettez aussi complètement que vous le permettront la sensibilité locale et la sensibilité générale du sujet. Si vous voyez celui-ci énervé par plusieurs jours de douleur et par des nuits sans sommeil, n'insistez pas ; donnez-lui le calme auquel il aspire avec l'un ou l'autre des pansements B1 ou B2 ; il vous saura gré de l'avoir soulagé et après quelques jours de repos il supportera mieux votre intervention ; vous pourrez alors compléter le curettage et faire dans de meilleures conditions votre application caustique.

Si au contraire rien ne s'y oppose, curettez à fond dès la première séance ; cherchez à bien découvrir la pulpe ; ne craignez pas surtout de la faire saigner, c'est le moyen le plus sûr d'éviter au patient les douleurs de la cautérisation.

2° Nous voici prêts pour la cautérisation : prenez dans la petite bonbonnière où vous avez votre caustique C3 gros

Digitized by Google

comme une tête d'épingle de la pâte au bout d'un stylet fin ; portez-le directement sur la pulpe dénudée et appliquez par dessus d'abord un tout petit tampon sec qui servira à mieux étaler le caustique, puis un pansement occlusif A1 ; renvoyez le malade au lendemain ou au surlendemain en l'avertissant qu'il est exposé à souffrir plus ou moins violemment pendant environ une heure (un gramme d'antipyrine calme souvent très bien ces douleurs de la cautérisation).

Si vous avez affaire à une carie paragingivale ou sous-gingivale ou de la face externe des molaires, méfiez-vous du caustique qui peut fuser et donner lieu à une escarre des gencives ou de la joue, voire même à une petite nécrose du bord alvéolaire. Dans ce cas préférez l'occlusif A2 qui est plus collant et tient mieux ; enfermez au besoin le caustique sous une obturation provisoire à la gutta-percha ou ne laissez la pâte arsénicale que le temps strictement nécessaire, quelques heures.

3° A la séance suivante, levez le pansement et explorez doucement avec un stylet. Très souvent au moment où celui-ci traverse l'orifice de pénétration le patient accuse de la douleur ; insistez et recommencez ; la douleur ne se reproduira plus comme si votre instrument avait détruit quelques filets nerveux épargnés par le caustique.

Dès lors il faut ouvrir largement la cavité de la pulpe et détacher l'escarre qu'elle renferme. Si l'escarrification n'était pas complète, un second pansement caustique serait appliqué dans les mêmes conditions que le premier, en avertissant le patient que cette fois il n'a rien à redouter, car seul le premier pansement caustique est douloureux.

Après avoir largement ouvert et évacué la cavité centrale, lavez-la en y passant un tampon d'ouate trempée dans une solution antiseptique D3 ou D5 (Voir pour les formules page 142), car il est important de ne pas laisser les canaux s'infecter. Ne négligez pas surtout de les protéger par un tampon d'ouate imbibée de cette même mixture chaque fois que vous vous arrêtez, soit pour laisser reposer le patient, soit pour tout autre motif, à moins que vous

Digitized by Google

n'ayez isolé l'organe avec la digue de caoutchouc, ce qui est généralement un luxe inutile.

4° Il s'agit maintenant de vider les canaux. Presque toujours il y a lieu d'en élargir l'entrée avec une petite fraise conique ou olivaire ; cela fait, avec l'aiguille de Donadson garnie de ouate, vous pénétrez dans le canal jusqu'au bout, vous tournez l'instrument une dizaine de fois, comme il a été dit plus haut, et tournant toujours vous le retirez doucement en entraînant les débris pulpaires enroulés autour de la ouate ; à moins que vous n'entrainiez rien et qu'il faille recommencer. En désespoir de cause, essayez avec le tire-nerfs ; mais gare la casse ! surtout n'employez chaque fois que des instruments neufs et sans trace de rouille. Ces manœuvres qui ont dans le public une réputation de cruauté qu'elles ne méritent pas du tout exigent parfois beaucoup de patience de la part de l'opérateur et de l'opéré.

D'où vient donc cette mauvaise réputation ? c'est que certains praticiens ne savent pas attendre pour les enlever que les débris radiculaires soient mortifiés ; on conçoit alors que ces tiraillements de filets nerveux doivent être un supplice absolument horrible. Mais il n'y a rien à gagner à cette précipitation et il vaut beaucoup mieux faire un pansement caustique de plus et épargner au patient des douleurs absolument inutiles.

Il y a d'ailleurs un excellent moyen d'éteindre séance tenante le reste de sensibilité que gardent parfois ces débris en voie de mortification : c'est de les imbiber de créosote. Trempez votre aiguille de Donadson garnie de sa ouate dans la créosote pure et poussez-la dans le canal jusqu'à ce que le malade manifeste ; arrêtez-vous alors un moment ; poussez un peu plus loin et arrêtez-vous encore ; recommencez aussi souvent qu'il est nécessaire et bientôt vous pourrez pénétrer jusqu'au bout sans éveiller la moindre douleur. Ce sont des précautions qu'il faut savoir prendre, car si nous ne pouvons prétendre à réaliser le *jucunde* des anciens au moins ne devons-nous pas être des tortionnaires.

5° Les canaux sont vidés et aseptiques ; mais ces ca-

Digitized by Google

naux s'ouvrent du côté du sommet directement dans l'articulation et à ce niveau il y a une petite plaie résultant de la rupture du faisceau vasculo-nerveux dont il est nécessaire d'assurer la cicatrisation sans suppuration sous peine de voir éclater une arthrite. Pour cela, quand le petit écoulement de sang qui suit la rupture du faisceau vasculo-nerveux s'est arrêté — et au besoin vous y aiderez par une application momentanée de la solution D3 —, bourrez chaque canal d'un pansement antiseptique que vous y laisserez à demeure : les aiguilles de Donadson conviennent encore très bien pour cet usage, mais en en garnissant l'extrémité de ouate faites en sorte que celle-ci n'adhère que très faiblement.

L'instrument garni est largement imprégné de la pâte antiseptique D4 (1), puis porté dans le canal où la mèche de coton est facilement retenue ; tassez-la avec un stylet ou un petit fouloir spécial et enfin pour en assurer le maintien et l'isolement recouvrez d'un fragment de gutta-percha qui ne devra guère dépasser l'orifice externe du canal.

Toutes ces précautions étant prises, vous pouvez immédiatement procéder à l'obturation définitive de la cavité.

6° Nous avons dit qu'en pratique il n'est pas toujours possible d'évacuer complètement tous les canaux : laissant de côté les racines anormales dont les canaux sont tortueux ou les canaux devenus par les progrès de l'âge trop étroits pour admettre les aiguilles les plus fines, voyons comment les choses se passent en général.

Pour les six dents antérieures, incisives et canines, il n'y a pas de difficulté ; le canal est unique, rectiligne et facilement accessible.

Pour les prémolaires supérieures, il faut toujours chercher deux canaux distincts ; mais ils sont souvent petits, l'externe surtout est d'accès laborieux.

Les prémolaires inférieures n'ont qu'un canal où l'on pénètre ordinairement sans difficulté.

Les deux premières grosses molaires supérieures en ont trois ; celui de la racine palatine est large, mais les

Digitized by Google

deux autres sont très étroits et l'on est presque toujours obligé de renoncer à les vider complètement.

Les deux molaires inférieures ont dans chacune de leurs deux racines un canal large et aplati ou deux canaux distincts, on a ordinairement raison du ou des canaux de la racine postérieure, mais il faut bien des tâtonnements pour sortir quelques débris de l'antérieure.

Quant aux dents de sagesse, tout ce que nous pouvons dire c'est qu'on y fait ce qu'on peut, car la forme et la disposition des racines y sont si irrégulières qu'elles échappent à toute description.

Pour assurer l'innocuité de ces débris, insufflez de l'air chaud, imprégnez de créosote pure, puis recouvrez d'une mèche antiseptique D4 et protégez le tout de gutta-percha comme précédemment.

La dent est prête pour l'obturation définitive.

IV.— **Carie pénétrante avec pulpe dégénérée et infectée (P2).** — La P2 ne diffère de la P1 que par l'état de la pulpe qui est plus ou moins dégénérée et surtout infectée. Il ne saurait être question dans ces conditions de traitement conservateur ; seul le traitement radical convient avec, en plus, la stérilisation des canaux.

Il y a donc trois indications à remplir :

L'escarrification de la pulpe,

L'extirpation de l'escarre,

La stérilisation des canaux.

1° *L'escarrification de la pulpe* se pratique exactement comme dans la P1.

2° Ce sont également les mêmes procédés qui servent à *l'extirpation de l'escarre* et à *l'évacuation des canaux*. Il y a seulement certaines précautions à observer : prenez garde en enfonçant votre aiguille dans le canal radiculaire de lui faire jouer le rôle d'un piston et refoulant à travers l'orifice du sommet des produits septiques de faire naitre une arthrite compromettante. Vous échapperez à ce danger en choisissant une aiguille très fine, en ne l'entourant que d'une très mince garniture d'ouate et en n'avan-

Digitized by Google

çant dans le canal qu'avec prudence, sans brusquerie et lentement : c'est affaire de tact et de légèreté de main.

3° *Stérilisation des canaux.* C'est la partie la plus délicate du traitement, car, quelque soin qu'on ait mis à remplir les deux autres, si cette troisième indication est négligée l'insuccès est certain ; des accidents d'arthrite aiguë ou chronique apparaissent tôt ou tard qui obligeront à désobturer la dent pour refaire dans de plus mauvaises conditions et par conséquent avec moins de chances de succès ce qui eût été beaucoup plus simple au début.

Lorsque dans la P1 l'aiguille de Donadson a ramené le filament pulpaire qui occupait le canal radiculaire, si l'on vient à passer dans ce même canal une mèche d'ouate sèche et propre, on constate en la retirant qu'elle est restée aussi sèche et aussi propre qu'avant, sauf bien entendu le cas d'hémorrhagie. Au contraire si on fait la même petite manœuvre dans la P2, la mèche à sa sortie du canal est toujours plus ou moins souillée et infectée. C'est cette infection qu'il faut combattre par des moyens mécaniques d'abord, par des antiseptiques ensuite, jusqu'à la stérilisation. Et notez bien que l'infection n'est pas limitée à la paroi du canal : les micro-organismes ont pénétré la substance même de l'ivoire par les canalicules et il faut les poursuivre jusque là si l'on veut aboutir.

Faites d'abord un nettoyage mécanique en passant dans le canal une série de mèches sèches jusqu'à ce qu'elles en sortent bien nettes ; soyez patient car souvent 10, 15 et même 20 mèches sont nécessaires.

Après les mèches sèches il faut recourir aux mèches imbibées de substances antiseptiques ; mais ici les antiseptiques doivent remplir un ensemble de conditions sans lesquelles ils ne répondraient pas au but cherché : ils doivent être solubles dans l'eau, c'est-à-dire dans les liquides buccaux dont les canaux radiculaires et les canalicules de l'ivoire sont plus ou moins remplis ; ils doivent être très diffusibles pour pénétrer facilement jusque dans la profondeur des canalicules, enfin ils ne doivent exercer aucune action nocive sur la dentine.

Digitized by Google

Or il résulte d'une intéressante étude de M. de Marion (1) que l'association du formol et de l'essence de géranium satisfait d'une manière très heureuse à ces trois conditions et de fait elle a constamment donné entre nos mains d'excellents résultats.

Voici les formules auxquelles nous nous sommes arrêté après de nombreux essais :

Solution antiseptique au formol géranié. (D5)

Formol du commerce (à 40 0/0). .	10	grammes.
Alcool à 90°.	30	—
Essence de géranium.	1	—

Pâte antiseptique au formol géranié. (D6)

Poudre d'oxyde de zinc	Q. S.

Arrosez avec Q. S. de la solution D5 pour faire une pâte de consistance molle.

Revenons à notre dent atteinte de P2. Après les mèches sèches, avons-nous dit, il faut recourir aux mèches antiseptiques : passez-en deux ou trois imbibées de la solution D5 et entre chacune insufflez un courant d'air chaud ; grâce à celui-ci le liquide est en quelque sorte aspiré dans les canalicules et arrive à imprégner la substance de l'ivoire. Quand vous croirez avoir atteint le but, c'est-à-dire quand vous croirez la dent stérilisée, et la disparition de toute mauvaise odeur est encore le meilleur critérium (2), introduisez dans les canaux pour l'y laisser à demeure une dernière mèche imprégnée cette fois de pâte D6 ; elle jouera le rôle de réserve antiseptique sous l'obturation provisoire à la gutta-percha qui est le dernier acte de cette thérapeutique minutieuse.

Encore est-il bien rare que l'on puisse faire la stérilisation en une seule séance. Dans la plupart des cas il faut y revenir à trois, quatre ou cinq fois ; si les canaux sont très

(1) Le formaldéhyde associé à l'essence de géranium en thérapeutique dentaire, par M. G. DE MARION ; in Journal « *l'Odontologie* », août 1897.

(2) L'essence de géranium, cependant si odorante, ne masque nullement l'odeur de la putréfaction même quand celle-ci n'est que très faible.

Digitized by Google

infectés il serait même imprudent de les remplir dès les premières fois de mèches à la pâte ; celle-ci oblitère trop parfaitement les canaux et empêcherait la libre issue des produits septiques qui viendraient à se produire et qui dès lors refluerait dans l'articulation où ils détermineraient très promptement une arthrite.

Bornez-vous dans ces cas à placer des mèches imbibées du liquide D5 ; vous emploierez la pâte lorsque la désinfection sera plus avancée. Entre chaque séance, pour peu que vous ayez des doutes sur la stérilisation, contentez-vous d'un pansement occlusif A1 ou A2 pour recouvrir les mèches, réservant la gutta-percha pour le moment où vous croyez être sûr de vous.

L'obturation provisoire doit être laissée en place pendant 15 jours au moins ; si durant cette épreuve la dent s'est bien comportée, on peut procéder sans risque à l'obturation définitive. Si au contraire il survient quelques phénomènes d'arthrite, c'est que la stérilisation est imparfaite ; il faut alors lever l'obturation provisoire et recommencer patiemment les manœuvres de stérilisation et ce jusqu'à ce qu'on arrive à une épreuve absolument concluante.

V. — **Carie pénétrante avec destruction de la pulpe P3.** — La pulpe et ses prolongements radiculaires sont détruits ou au moins privés de toute vitalité ; mais s'il n'en reste que des débris inertes, ceux-ci peuvent devenir l'origine de complications infectieuses du côté de l'articulation.

Supprimer ces débris infectés et stériliser les canaux, telles sont les deux indications thérapeutiques de la maladie arrivée à cet état.

Le traitement est donc identique à celui de la P2 avec la cautérisation en moins. Après la stérilisation des canaux une obturation provisoire sera maintenue à titre d'épreuve pendant quelques semaines.

CONCLUSIONS. — En résumé, on a pu voir qu'à chacune des divisions que nous avons établies pour la carie correspond un traitement particulier :

Digitized by Google

Pour la carie S de l'émail seul : pas de traitement proprement dit ; résection ou obturation d'emblée.

Pour la carie S de l'émail et de l'ivoire : applications calmantes et antiseptiques ; obturation Z (on peut aussi obturer d'emblée).

Dans la P1 : destruction de la pulpe ; extirpation de l'organe mortifié ; obturation.

Dans la P2 : destruction de la pulpe ; extirpation des débris mortifiés ; stérilisation des canaux ; obturation.

Dans la P3 : extirpation des débris mortifiés ; stérilisation des canaux ; obturation.

Ainsi se trouve justifiée la division que nous avons adoptée, puisque l'anatomie pathologique, les symptômes aussi bien que le traitement comportent dans chacune des périodes de la maladie des caractères très tranchés qui les différencient nettement les unes des autres.

APPENDICE.

Pour terminer cette longue étude il nous reste encore à dire quelques mots qui n'ont point trouvé place dans les chapitres précédents.

C'est d'abord sur la limite de curabilité de la carie dentaire ; puis sur la carie envisagée spécialement dans la première dentition ; enfin nous résumerons dans un tableau récapitulatif les diverses formules qui sont disséminées çà et là et auxquelles nous avons dû renvoyer plusieurs fois le lecteur en les désignant par une abréviation.

1° Limite de curabilité de la carie dentaire.

On a pu remarquer que, dans l'exposé détaillé des moyens thérapeutiques applicables aux différents degrés de la carie dentaire, il n'a jamais été question de l'*extraction* et l'on pourrait croire que nous avons complaisamment laissé dans l'ombre cette dernière ressource du chirurgien impuissant. Il n'en est rien : *nous considérons comme curables tous les cas de carie dentaire, lorsqu'il n'y a pas de complication.* C'est là pour nous une vérité aussi absolue en pratique qu'en théorie.

Digitized by Google

Est-ce à dire cependant que jamais il ne nous est arrivé de recourir à l'extraction pour faire cesser immédiatement des accidents de carie non compliquée? évidemment non. Mais lorsque, dans ces cas, nous cédons à des sollicitations pressantes,c'est en considération de raisons extra-médicales et non pas pour cause d'impuissance thérapeutique.

On a dit qu'en conscience on n'est pas plus autorisé à faire l'extraction d'une dent atteinte d'une affection curable comme la carie qu'à pratiquer une amputation de membre pour satisfaire l'impatience ou la fantaisie d'un malade. C'est tout simplement absurde ; un ouvrier pauvre vient à la clinique demander qu'on le débarrasse d'une dent atteinte de carie qui lui donne des rages et l'empêche de gagner sa journée; il se soucie fort peu de conserver une dent qui le met à la torture et ne consentira pas à perdre trois ou quatre demi-journées pour faire de la thérapeutique conservatrice ; en cédant à ses sollicitations nous lui rendons meilleur service qu'en le soignant malgré lui.

Cet exemple suffit pour faire comprendre qu'il y a des considérations d'âge, de sexe, de position sociale, des situations particulières enfin devant lesquelles doit fléchir la rigidité du thérapeute : c'est une question de tact et de conscience.

2° La carie dentaire envisagée spécialement dans la première dentition.

Les dents temporaires sont comme les autres exposées à la carie ; soumises aux mêmes conditions de milieu elles courent les mêmes risques, et comme leur résistance est généralement moindre, elles sont plus facilement victimes.

Les lésions sont les mêmes comme aussi les accidents et les complications qu'elles entraînent : on y observe la carie simple et la carie pénétrante avec leur appareil symptomatique ordinaire ; il n'y a de différence que dans les ressources thérapeutiques et c'est sur ce point spécial qu'il nous paraît utile de donner quelques explications.

Tandis que quelques-uns estiment qu'il n'y a pas lieu de

Digitized by Google

traiter la carie des dents de lait, organes transitoires destinés à être remplacés à une échéance plus ou moins rapprochée, d'autres pensent qu'il faut toujours et quand même se comporter vis-à-vis d'elles comme s'il s'agissait de dents permanentes de manière à en assurer l'usage jusqu'au moment de leur chute physiologique.

Nous croyons que la vérité est entre ces deux opinions extrêmes et que si les partisans de l'intervention à outrance ont raison en théorie, la pratique les condamne journellement. Les raisons qu'on peut invoquer contre l'intervention sont : l'âge des sujets, l'indocilité qui est dans leurs habitudes et par conséquent la difficulté de mener à bien les délicates manœuvres du traitement, le manque de proportion entre les avantages qu'on peut attendre de l'intervention et les obligations qu'elle impose (douleurs de la cautérisation, séances multiples, etc.) ; enfin à supposer même que toutes ces objections ne soient pas fondées pourquoi, dit-on, s'acharner à vouloir conserver des organes qui doivent disparaître avant peu ?

Il y a beaucoup de vrai dans tout cela, mais il y a aussi beaucoup d'exagération. D'abord tous les enfants ne sont pas nécessairement indociles et quand on sait joindre à quelque patience un peu de fermeté on obtient du plus grand nombre qu'ils se laissent soigner. En second lieu si le traitement des caries pénétrantes comporte des manœuvres pénibles ou même douloureuses et des séances multiples, il n'en est pas de même ordinairement pour les caries simples. Pourquoi dès lors se refuser à traiter celles-ci sous prétexte qu'on ne peut traiter celles-là ?

Bien au contraire le plus sûr moyen de n'avoir pas à soigner de carie pénétrante c'est d'intervenir au début du mal alors que la carie est simple. Faites bien comprendre cette vérité aux parents et à défaut de la reconnaissance des enfants vous aurez au moins la leur.

L'argument tiré de la caducité des dents de lait n'est pas meilleur que les autres : lorsque des molaires commencent à se carier vers l'âge de cinq ou six ans est-il juste de dire qu'il n'y a pas lieu de s'en préoccuper parce qu'elles vont prochainement tomber ? S'il s'agit de la

Digitized by Google

première molaire l'âge normal de la chute physiologique est 9 ans ; s'il s'agit de la seconde, c'est 11 ans environ ; il y a donc dans le premier cas trois ans à gagner et cinq dans le second ; c'est bien là quelque chose et le bénéfice fût-il moindre de moitié que nous estimerions qu'il vaudrait bien qu'on ne le négligeât point.

De ce qui précède nous concluons que les dents de lait doivent être soignées comme les autres, que si dans la plupart des cas le traitement des caries pénétrantes est trop laborieux pour pouvoir être mené à bien, il est généralement très facile de traiter les caries simples chez les enfants ; qu'il faut répandre ces idées dans les familles pour les engager à faire visiter périodiquement la bouche de leurs enfants sans attendre l'apparition des douleurs spontanées ; qu'eu égard à la caducité des dents de lait, il n'y a d'autres limites à l'intervention que la chute prochaine de l'organe, phénomène que permet toujours d'apprécier le degré de solidité de son implantation.

Pour les caries pénétrantes, nous renonçons ordinairement au traitement complet ; nous prescrivons contre les douleurs spontanées des calmants dont nous confions presque toujours l'application aux parents ; souvent après quelques jours de l'emploi de ces palliatifs les douleurs cessent pour ne plus reparaître pendant des semaines et des mois ; c'est toujours autant de gagné ; s'il en est autrement nous nous décidons à l'extraction.

3° Formulaire de la carie dentaire.

A. — Hygiène (Dentifrices).

Poudre dentifrice alcaline. (2)

Poudre d'iris de Florence.	15 grammes
Craie lavée	5
Magnésie anglaise.	5
Pierre ponce porphyrisée.	5
Salol	2.50
Teinture d'ambre musquée. . . .	0.50
Essence de menthe.	Quelq. gouttes

Colorez légèrement en rose.

Digitized by Google

Elixir dentifrice neutre. (1)

Essence de cannelle de Ceylan	0.25
Essence de girofle	0.25
Acide thymique	0.25
Saccharine	0.25
Essence de menthe	1.50
Alcool à 90°	100.00

Ajoutez :

Teinture de ratanhia	2.50

B. — Pansements.

PANSEMENTS OCCLUSIFS.

Mixture occlusive au benjoin (A1)

Benjoin de Siam	Parties égales.
Alcool à 30°	—

Faites dissoudre, laissez reposer et décantez.

Mixture occlusive à la résine de mastic (A2)

Camphre	2 grammes
Résine mastic	5
Baume du Pérou	2
Résine sandaraque	80
Ether à 65°	40
Alcool à 95°	40

Faites dissoudre les résines pulvérisées dans le mélange d'alcool et d'éther ; agitez fréquemment, laissez déposer et décantez.

PANSEMENTS CALMANTS.

Teinture de benjoin du Codex.	4 grammes	(B1)
Teinture d'extrait d'opium	2	
Chloroforme	2	
Créosote pure	2	

Teinture de benjoin du Codex.	6 grammes	(B2)
Teinture d'extrait d'opium	2	
Chloroforme	2	

PANSEMENTS CAUSTIQUES.

Acide arsénieux opaque porphyrisé. (C1)

Digitized by Google

Pâte arsénicale.

Acide arsénieux opaque porphyrisé .	Q. S.	(C3)
Créosote pure.	Q. S.	

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES.

Mixture antiseptique au sublimé.

Bichlorure de mercure	0.50	(D3)
Acide thymique	0.50	
Alcool à 60°	100.00	

Pâte antiseptique aux essences aromatiques.

Oxyde de zinc	4 grammes	(D4)

Arrosez avec :

Essence de cannelle de Ceylan.	1 gramme
Essence de girofle.	1
Acide thymique.	1
Essence de menthe	2
Alcool à 90°.	10

Mêlez. Versez sur la poudre d'oxyde de zinc Q. S. pour faire une pâte de la consistance du cold-cream.

Solution antiseptique au formol géranié.

Formol du commerce (à 40 0/0)	10 grammes	(D5)
Alcool à 90°	30	
Essence de géranium.	1	

Pâte antiseptique au formol géranié.

Poudre d'oxyde de zinc	Q. S.

Arrosez avec Q. S. de la solution D5 pour faire une pâte de consistance molle.

N. B. — Il ne faut jamais employer les préparations qui contiennent du formol dans les cas de carie avec pulpe intacte, ou même dégénérée et infectée, sous peine de provoquer une crise de violentes douleurs.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS ET OBSERVATIONS

Une extraction compliquée (1).

Le 23 juillet 1898, Mme X... se présente à ma consultation, pour une dent, dont un plombage métallique, remontant à une vingtaine d'années environ, était tombé depuis deux jours.

Mme X..., âgée de 45 ans, que je soigne depuis 1893, n'offre rien de particulier du côté de la bouche. Toutefois, des quatre dents de sagesse, seule, l'inférieure droite existe ; les trois autres n'ont pas fait leur évolution. Il n'y a pas de seconde grosse molaire supérieure gauche. Au dire de la malade, elle n'aurait jamais poussé. Il n'a jamais été fait d'extraction de grosse molaire dans cette région.

A l'examen, je trouve la première grosse molaire supérieure gauche très excavée, n'offrant plus qu'une coque d'émail, dont les faces triturante et antérieure sont détruites. Les trois canaux, facilement accessibles, sont nettoyés au chloroforme et pansés, séance tenante, avec une pâte d'oxyde de zinc, de formol et de créosote de houille ; la cavité est obturée à la gutta-percha.

Deux jours après, Mme X... revient, se plaignant de douleurs sourdes, et de légers battements, au niveau des racines de la dent, qui lui paraît gonflée. Insensible aux variations brusques de température, nullement ébranlée, celle-ci n'est que très faiblement sensible à la percussion. Au niveau des racines externes, la gencive rouge et congestionnée est un peu douloureuse à la pression du doigt. En somme : arthrite infectieuse subaiguë banale.

Je propose de désobturer la dent, et de soigner plus longuement les canaux ; mais Mme X... doit repartir deux jours après pour le Sud-Ouest, où elle habite à la campa-

(1) Extrait des comptes rendus de la Société de Stomatologie.

Digitized by Google

gne. Craignant des douleurs probables, ou des fluxions répétées, et dans l'impossibilité matérielle de se faire soigner en cas de complications, elle me prie instamment d'extraire la dent, dont je ne puis parvenir à décider la conservation.

Après avoir injecté au niveau de la dent un centimètre cube d'une solution contenant deux centigrammes de chlorhydrate de cocaïne et un centigramme de chlorhydrate d'eucaïne, je pratiquai l'extraction. La racine antéro-externe et la palatine furent extraites avec assez de difficultés.

Quant à la racine postéro-externe, malgré de nombreuses tentatives à l'aide des daviers à racine et des élévateurs, je ne pus en avoir que des fragments.

Après 20 minutes environ d'efforts infructueux, je ne voyais plus rien, et je fus obligé d'attendre quelques instants pour tarir la légère hémorrhagie qui me cachait le fond de l'alvéole. Alors seulement, je pus apercevoir un petit orifice, dans lequel je parvins à faire pénétrer une sonde très fine ; c'était le canal de la racine. Je cherchai alors à délimiter le contour de ce débris radiculaire, pour pouvoir le saisir, mais cela me fut impossible. En examinant de plus près, je pus voir au fond de la plaie opératoire, une surface d'un centimètre carré d'un tissu qu'il me fut facile de reconnaitre pour être du cément. La racine était nettement soudée au milieu de cette masse cémentaire.

Plus de doute ; j'avais affaire à un odontome radiculaire.

J'en décidai l'extraction immédiate.

Après avoir vainement essayé d'ébranler cette masse cémentaire à l'aide des élévateurs, je fis avec les fraises un sillon en dedans et en dehors, suivant un procédé analogue à celui que l'on emploie pour déraciner un arbre, et alors, avec des pinces à racines, je finis par saisir et ébranler la tumeur. — Mais la douleur était si vive que je fus obligé de m'arrêter un instant.

Enfin prenant une pince un peu plus forte et après de nombreuses tractions, saccades et rotations en tous sens, je finis par retirer, non pas un odontome, mais la

Digitized by Google

deuxième grosse molaire, que j'avais saisie par les racines externes, entre lesquelles se trouvait soudée la racine postérieure de la première molaire.

Toutes ses racines étaient atteintes de cémentite, et entourées de volumineuses fongosités remontant à plusieurs années.

L'opération longue, douloureuse, extrêmement difficile, a duré exactement quarante-huit minutes.

Comme complication opératoire j'ai fracturé la paroi interne du maxillaire, depuis la deuxième prémolaire jusqu'à la tubérosité postérieure ; soit environ quatre centimètres sur un centimètre et demi. Cette fracture est due au volume de la deuxième molaire que je vous présente, et dont je vous fais passer le dessin dû à l'obligeance de notre confrère le Dr Capdepont. Celle-ci était couchée dans le maxillaire horizontalement d'avant en arrière, sa couronne regardant la tubérosité.

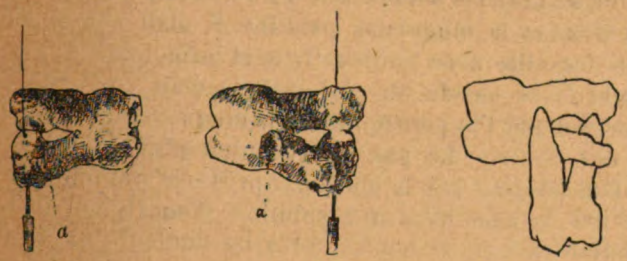


Fig. A Fig. B Fig. C

Fig. A montre une partie de la racine postéro-externe de la 1re grosse molaire entièrement soudée aux racines externes de la 2e grosse molaire auxquelles elle se joint à angle droit. — a. Sonde traversant cette racine.

Fig. B montre, en *a*, une encoche où s'appliquait très exactement, avec soudure incomplète, une racine de la 1re grosse molaire.

Fig. C, Figure schématique destinée à montrer la position réciproque des deux dents.

Le fragment osseux adhérant complètement aux tissus mous de la voûte, je laissai les choses en place, et conseillai des injections antiseptiques dans la plaie opératoire et des bains de bouche aussi fréquents que possi-

Digitized by Google

ble, avec des solutions de chloral, et d'acide thymique mentholé.

J'ai depuis revu plusieurs fois Mme X... La guérison s'est opérée tout naturellement mais ne fut complète qu'au bout de deux mois. Le fragment osseux s'est parfaitement consolidé et il n'y a pas perte de substance appréciable.

H. RODIER.

NOTE SUR LES INCONVÉNIENTS DU FORMOL

Par le Dr **DECRÉQUY** (de Boulogne).

J'ai eu l'occasion en 1898 d'enlever des dents cariées et de faire une perforation par l'alvéole dans le sinus droit d'une femme âgée de 35 ans. Il y avait eu chez cette femme un empyème fermé dont le pus s'était donné jour après de grandes souffrances à travers la paroi inférieure du sinus et la muqueuse palatine. Il était survenu une dacryocystite avec conjonctivite et larmoiement ; en outre la fosse nasale du côté malade était complètement obstruée par l'hypertrophie de la muqueuse de la cloison et des cornets. Le pus ne s'écoulait plus dans le nez, s'étant fait jour par la bouche. Après perforation j'ordonnai des lavages avec une solution d'eucalyptol et tout allait de mieux en mieux, plus de douleurs ni de larmoiement ; la muqueuse de la fosse nasale diminue d'épaisseur et la narine laisse passer le courant d'air. Pour activer encore la guérison, je prescris une solution de un gramme (30 gouttes) de formol dans 100 grammes d'eau distillée et j'ordonne à la malade d'en verser une cuillerée à café dans un demi-litre d'eau (une *pinte* dans le Nord de la France). Cela faisait à peine deux gouttes de formol pour un demi-litre d'eau ; la malade faisait trois lavages par jour ; l'effet fut très mauvais. Au bout de huit jours de ce traitement le larmoiement et les douleurs au-dessous de l'œil ont reparu, il y a de la tuméfaction dans l'angle interne de l'orbite, et ce qui frappe surtout c'est l'hypertrophie énorme de la muqueuse des

Digitized by Google

fosses nasales devenue sale, grisâtre ; le stylet et le galvanocautère font sortir du sang noir épais ; l'obstruction est complète, en outre la muqueuse de la cloison du côté qui était sain est devenue également épaisse et grisâtre.

Autour de la canule obturatrice de Lermoyez il s'est fait un séquestre qui est tombé et que la malade m'apporte, c'est un petit tuyau d'os nécrosé ayant un centimètre de longueur.

Je fais cesser l'emploi du formol, diminue le nombre de lavages ; un seul lavage à l'eucalyptol par jour et aujourd'hui tout va bien.

Digitized by Google

COMPTES RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

SÉANCE DU 15 MAI 1899.

Présidence de M. le Dr Cruet.

Lecture du procès-verbal de la précédente séance.

M. Pietkiewicz demande la parole à propos du procès-verbal.

Je veux seulement ajouter quelques mots aux observations que j'ai faites après la très intéressante démonstration de MM. Bouchacourt et Remy. Avec le plus grand empressement et la plus extrême obligeance ces messieurs s'étaient mis à ma disposition, eux et leur matériel, pour examiner par leur procédé les malades que je voudrais leur amener. Je choisis pour cette épreuve deux cas intéressants déjà soumis aux rayons X: un de mes clients dont je présenterai tout à l'heure la radiographie et l'observation et une malade de l'Hôtel-Dieu. Notre premier rendez-vous pris pour le 2e samedi suivant la séance de la société dut être remis à huitaine, l'ampoule spéciale pour l'examen de la bouche n'ayant pu tenir le vide. Lors de notre rendez-vous l'ampoule préparée pour la séance fut grillée, avant même de pouvoir nous en servir, dans l'essai préparatoire qu'en fit le Dr Bouchacourt et nous dûmes avoir recours à une ampoule moins réduite de volume et faite pour l'examen d'une tout autre cavité naturelle que la bouche. D'après MM. Bouchacourt et Remy un des grands avantages de l'endodiascopie est de pouvoir faire immédiatement un examen à l'écran au lieu d'être obligé de recourir à la radiographie ; à cet égard l'expérience fut absolument négative. Je voulais, chez la

Digitized by Google

malade d'hôpital, examiner les sommets des deux incisives centrales supérieures, un de ces sommets ayant des lésions mises en évidence par une radiographie antérieure ; il nous fut impossible de rien voir, le nez empêchant d'approcher la jumelle et d'appliquer l'écran.

Pour mon client il s'agissait d'une dent de sagesse incluse, dont la présence avait été révélée par la radiographie. Nous ne fûmes pas beaucoup plus heureux. Pour moi qui connaissais la présence et la situation de la dent de sagesse, qui avais dans l'œil, pour ainsi dire, le maxillaire de mon malade et l'organe qu'il renfermait, je crus apercevoir quelque chose, une tache indicatrice. Quant à MM. Bouchacourt et Remy qui ne s'étaient pas comme moi livrés à des recherches antérieures, ils déclarèrent, avec la meilleure foi du monde, qu'ils n'y voyaient rien du tout et m'offrirent de faire la radiographie de mon malade par la méthode endodiascopique. Quelques jours après, un petit mot un peu découragé de notre jeune confrère m'apprenait que l'épreuve photographique n'avait rien donné.

Ces expériences ne font donc que confirmer la portée des objections que j'ai faites à l'application pour nous de la méthode endodiascopique, mais si elles prouvent que pour la bouche cette méthode n'est pas toujours applicable, comme l'espérait l'auteur, cela ne veut pas dire que nous devons la rejeter complètement. Quoique son application me paraisse devoir être limitée à certains cas faciles, nous ne pouvons qu'encourager les auteurs de la méthode endodiascopique à continuer leurs recherches, à perfectionner surtout leur outillage et, pour mon compte particulier, je suis heureux de les remercier publiquement des efforts qu'ils font pour mettre à notre disposition un nouveau moyen d'examen et de diagnostic et de la bonne grâce avec laquelle ils ont accueilli mon désir de mettre leur méthode à l'épreuve.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend : des lettres des Drs Richer, Humbert et Chompret, qui s'excusent, pour raison de

Digitized by Google

santé, de ne pouvoir assister à la séance ; deux lettres de candidatures au titre de membres titulaires de la Société de M. Pont, interne des hôpitaux de Lyon et du Dr Besson, qui fait hommage à la Société de sa thèse sur l'*éruption des dents temporaires, son mécanisme, ses accidents*.

Ces candidatures sont renvoyées à l'examen de la commission spécialement désignée.

ORDRE DU JOUR.

L'ordre du jour appelle :

Le rapport de la commission, chargée d'examiner les candidatures du Dr Galardo (de Madrid), au titre de membre correspondant étranger, et des Drs Bloch (de Paris), Caumartin (de Lille), au titre de membres titulaires.

Le rapporteur de la commission proposant l'admission des candidats, il est procédé au vote.

A l'unanimité des membres présents, M. le Dr Galardo (de Madrid) est nommé membre correspondant étranger de la Société ; MM. les Drs Bloch et Caumartin, membres titulaires.

M. le *Président* annonce que MM. les Drs Robin et Bloch, membres nouveaux de la Société, assistent à la séance.

PRÉSENTATION PAR M. LE Dr PIETKIEWICZ.

J'ai l'honneur de faire passer sous les yeux des membres de la Société, la radiographie d'un de mes malades dont je résumerai l'observation aussi brièvement que possible.

Il s'agit d'un homme de 57 ans, nerveux mais bien portant et doué d'un système dentaire déplorable. A l'âge de 16 ou 17 ans une grosse molaire supérieure droite cariée et douloureuse lui fut extraite, c'est la seule fois qu'il eut recours à une intervention chirurgicale, mais depuis toutes ses molaires du haut et du bas ont successivement disparu, les couronnes détruites par la carie se fracturant les unes après les autres et les racines s'éliminant ensuite d'elles-mêmes, sauf une seule. Il ne lui reste plus actuellement que les incisives, les canines et les prémolaires cariées mais obturées. Le fond de la bouche est complè-

Digitized by Google

tement dégarni, il ne reste qu'une racine de dent de sagesse en bas et à gauche affleurant la gencive.

Le malade n'a pas prêté une attention particulière à ses dents de sagesse. Pour lui elles ont fait leur éruption sans lui causer d'ennui, se sont cariées comme les autres dents et ont disparu comme elles, sauf la racine de la dent de sagesse inférieure gauche.

Au commencement de l'année 1898, le malade commença à souffrir dans le fond de la bouche et à droite au niveau de l'angle de la mâchoire. C'était une douleur sourde, continue, mal localisée et légère ; quelquefois la joue se gonflait pendant quelques jours. Au mois de septembre un abcès se forma à l'intérieur de la bouche. Cet abcès fut ouvert, il s'écoula à ce moment une assez grande quantité de pus et depuis cette époque il suinte constamment du pus par l'ouverture de l'abcès et le gonflement de la joue a persisté. Le médecin du malade nous l'adressa à la fin de décembre 1898.

A ce moment je constate au niveau de la réunion de la branche horizontale et de la branche montante du maxillaire, là où a eu lieu l'ouverture de l'abcès, une tuméfaction et une induration de la muqueuse remontant sur la face interne de la joue et s'étendant en avant jusqu'auprès de la 2e prémolaire inférieure. La pression est peu douloureuse et détermine, par la fistule, la sortie d'un pus blanchâtre assez épais. En dehors, la joue est gonflée, l'angle de la mâchoire est le siège d'un empâtement diffus au milieu duquel le palper révèle cependant la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une petite noisette ; l'ouverture de la bouche est très limitée. J'élargis la fistule avec le galvano-cautère, je prescris des injections et des lavages antiseptiques.

Je revois le malade quelques jours après, au commencement de janvier 1899. La bouche s'ouvre plus facilement, l'empâtement de l'angle de la mâchoire a diminué ainsi que le gonflement de la muqueuse ; le pus sort facilement par l'ouverture élargie de l'abcès.

Un stylet introduit par la fistule vient buter sur un corps

Digitized by Google

dur, rugueux dont il est difficile de déterminer ainsi la nature : os ou dent.

Le malade est persuadé que sa dent de sagesse a évolué normalement et a disparu par carie comme les dents voisines.

Pour préciser le diagnostic et établir la nature du corps du délit, je détermine mon client à se soumettre aux rayons X.

Je fais passer aujourd'hui sous les yeux des membres de la Société l'épreuve radiographique obtenue par les soins de M. Radiguet d'après mes indications.

Les rayons X nous décèlent la présence d'une dent de sagesse volumineuse incluse profondément.

J'ai cru intéressant de faire passer sous les yeux des membres de la Société cette radiographie qui m'a permis d'établir un diagnostic précis, de déterminer sûrement le traitement et le mode d'intervention et est une preuve de plus de la grande utilité que peut être pour nous l'application des rayons de Röentgen dans certains cas difficiles de notre pratique.

M. Cruet remercie M. Pietkiewicz, au nom de la Société, de ses travaux si intéressants sur une question à laquelle il s'est particulièrement adonné et à laquelle il a donné une précieuse impulsion.

RAPPORT DE LA COMMISSION POUR LA RÉVISION DES STATUTS.

Rapporteur : Dr Bouvet.

La commission désignée pour élaborer les modifications à apporter aux statuts et règlement de la Société de Stomatologie, a l'honneur de soumettre au vote des membres de la Société la nouvelle rédaction qu'elle propose pour les articles suivants :

Statuts.

Art. 4. — La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires et de correspondants *nationaux* et étrangers, etc...

Art. 6. — Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires sont :

Digitized by Google

1° D'être pourvu du titre de médecin en vertu d'un diplôme français ou d'un diplôme étranger reconnu équivalent par la Société ; *toutefois pourront être admis les étudiants n'ayant plus que leur thèse à soutenir, ainsi que les internes des hôpitaux, nommés au concours*, etc...

Art. 10. — Le bureau est ainsi composé :

Un président ;

Un vice-président ;

Un secrétaire général ;

Deux secrétaires annuels ;

Un trésorier ;

Un archiviste bibliothécaire.

Ils sont élus pour un an et rééligibles, à l'exception toutefois du secrétaire général, *et de l'archiviste bibliothécaire qui sont élus pour trois ans et rééligibles.*

Art. 13. — Les ressources de la Société se composent :

1° Du droit d'administration pour les titulaires ;

2° De la cotisation annuelle payée par les membres *de la Société.*

Art. 14. — La Société se réunit en séances mensuelles tous les 3es lundis de chaque mois à huit heures et demie du soir dans un local désigné (1).

La Société suspend ses séances pendant deux mois de vacances, août et septembre.

Art. 17. — Nul changement ne peut être apporté aux statuts qu'après adoption par les membres de la Société, réunis en assemblée générale.

Le vote ne sera valable que si *la moitié* au moins des membres de la Société assiste à la délibération..

RÈGLEMENT.

Art. 3. — Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Présentation de malades, pièces et instruments ;

2° Lecture et adoption du procès-verbal ;

3° Correspondance ;

4° Lecture des rapports ;

5° Travaux originaux.

(1) Suppression de l'alinéa : *Ne pourront assister aux séances que les médecins et les étudiants en médecine.*

Digitized by Google

Art. 4. — Tout travail manuscrit communiqué par les personnes étrangères à la Société *pourra faire l'objet d'une discussion* ; il sera inséré ou non dans ses publications sur l'avis du Bureau.

Art. 5. — Le président dirige les séances, proclame les décisions de la Société et les noms des membres élus. Le Bureau *désigne les membres des commissions.*

Art. 8. — Le Bureau fait fonction de comité de publication, etc...

Le Bureau fait aussi fonction de Conseil de famille.

Art. 10. — Le droit d'admission est fixé à *dix francs* pour les membres titulaires.

L'Art. 11 devient Art. 12 et inversement et sont ainsi rédigés.

Art. 11. — *En dehors du droit d'admission,* les membres titulaires fournissent chaque année une cotisation de 20 francs.

Ils reçoivent un exemplaire des publications de la Société.

Art. 12 (ancien 11).

Art. 13. — *Supprimé.*

Art. 14. — La Société publie ses travaux dans un journal de médecine désigné. Il en est fait chaque année un tirage à part sous forme de *Comptes rendus* qui sont distribués aux membres *titulaires* de la Société suivant les dispositions de l'article 11.

Art. 17 (anc. 18). — Toute candidature produite dans les termes de l'article 6 des statuts, est renvoyée à une commission de trois membres désignés par le Bureau. La commission fera un rapport (1) à la suite duquel les conclusions seront soumises au vote de la Société en comité secret.

Art. 19 (anc. 20). — Toute personne étrangère à la Société peut s'inscrire pour une lecture ou une communication.

Art. 29 (anc. 30). — Le vote qui s'ensuivra devra être renvoyé à une séance ultérieure et ne sera valable que si

(1) Suppression du mot *écrit*.

Digitized by Google

la *moitié* au moins des membres résidant à Paris y prennent part.

DISCUSSION

Sur la proposition de M. Rodier, trésorier, la Société décide que les membres titulaires résidant en province n'assistant pas aux séances, et qui n'ont pas réglé leurs cotisations échues, pourront être proposés au nouveau titre de membres *correspondants nationaux* créé par la commission des statuts.

M. Ferrier, secrétaire général, propose l'addition suivante à l'article 8 du règlement : *Le bureau fait aussi fonction de Conseil de famille.*

(Adopté.)

Rapport de M. Pietkiewicz

au nom de la Commission du Congrès de 1900.

Le Dr Pietkiewicz, après avoir rappelé que c'est sur les demandes répétées de la Société de Stomatologie et de la Société Médicale des Dentistes des Hôpitaux qu'une Section de Stomatologie a été créée au sein du Congrès International de Médecine de 1900, ajoute qu'en agissant comme elles l'ont fait, ces deux Sociétés ont pris l'engagement moral de tout mettre en œuvre pour le succès de la Section de Stomatologie et adresse au nom du bureau du comité d'organisation une demande de subvention à la Société de Stomatologie pour couvrir les frais d'impression et de propagande indispensables.

La Société n'ayant pas décerné cette année le prix de la Société de Stomatologie possède une réserve pécuniaire dont elle ne peut faire un meilleur emploi.

DISCUSSION

M. Rodier, trésorier, estime que le budget de la Société est insuffisant pour fournir la contribution pécuniaire réclamée par M. Pietkiewicz.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Pietkiewicz, Cruet, Sauvez, Ferrier, Gires, Abramowich et sur les observations de :

Digitized by Google

M. Cruet, président, qui estime, que les craintes de M. Rodier sont peut-être exagérées, que la subvention demandée est modeste et qu'en cas de dépenses supplémentaires, il suffira d'examiner et de décider, au moment de la réunion du Congrès, la question des cotisations à fournir par ses membres, au prorata des besoins et des frais auxquels il conviendra de faire face ; la Société vote, à titre de contribution, une subvention de 300 francs à la Section de Stomatologie du Congrès de 1900.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Dr Ch. Bouvet.

Digitized by Google

CHOSES DE PRATIQUE COURANTE (1).

Écarteurs. — On nous écrit : « *Je lis dans un des articles de votre journal, les moyens généralement employés pour obtenir l'écartement temporaire nécessaire au traitement des caries interstitielles.*

J'emploie pour cela un simple ruban en tissu de fil ou de coton, que les couturières appellent la tresse ou la néfile. Je puis, en introduisant entre deux dents une, deux ou trois épaisseurs de ce ruban, graduer l'écartement. Ce procédé peut, à cause de sa simplicité, être employé par le malade lui-même, ce qui, dans certains cas, peut être pour le dentiste une économie appréciable de temps. Il est aussi moins gênant et moins douloureux que les autres procédés que je connais, car la gêne ou la douleur, dans l'écartement des dents, sont presque toujours produites parce que l'écarteur va se loger sous la gencive. Il est facile de maintenir un ruban éloigné du collet et d'éviter ainsi cet inconvénient. »

Les remarques de notre correspondant sont très judicieuses et son procédé nous semble simple et pratique. Ce fait, que la douleur, dans l'écartement des dents, est produite surtout par la compression des tissus mous et durs, au niveau du collet, a depuis longtemps été signalé ; c'est pour cela qu'on a conseillé d'employer pour cet usage le caoutchouc de la digue découpé en rubans. Il est facile de se rendre compte que ce procédé a les mêmes qualités que celui de notre correspondant, qu'il peut être

(1) Nous publions sous ce titre des procédés pratiques, quelquefois nouveaux, souvent déjà connus, mais qu'il y a un intérêt professionnel à répandre. Nous prions instamment nos lecteurs de nous envoyer toutes les choses de pratique courante qui pourraient intéresser leurs coabonnés.

Nous nous ferons aussi un plaisir de répondre aux questions que l'on nous posera sur les incidents de pratique et de donner les renseignements qu'on nous demandera, essayant ainsi d'être utiles à tous.

Digitized by Google

employé par le malade lui-même, et que le caoutchouc présente de plus l'avantage de ne pas s'infecter, comme le fait toujours un tissu de fil ou de coton.

M. Davenport de Boston a eu l'idée d'employer, pour obtenir un espace entre des dents trop serrées, le cordonnet de soie, qui possède à un haut degré la propriété de se gonfler au contact de la salive. Il le passe dans l'espace interdentaire, en ramène les bouts vers la face triturante et les noue, le tenant ainsi forcément éloigné du collet. Ce procédé, qui nous a été montré par M. I. Davenport de Paris, nous a toujours donné d'excellents résultats.

Digitized by Google

ANALYSES

Tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu. Les adresser au secrétaire de la Rédaction.

Oral pathology and practice : A text-book for the use of students in dental colleges, and a hand-book for dental practitioners, par le Dr W-C. Barrett, doyen et professeur de chirurgie buccale au Département dentaire de l'Université de Buffalo (S-S. White, éditeur).

Le Dr Barrett est un des praticiens américains qui réclament avec le plus d'insistance l'amélioration de la profession dentaire, et qui veulent faire du dentiste un véritable spécialiste médical. Aussi, présente-t-il aux étudiants et aux praticiens, un livre contenant beaucoup de choses, peut-être trop condensées, mais toujours clairement exposées.

Diagnostic des abcès du sinus maxillaire, par le Dr Ch. Lucius (Thèse de Paris).

Après avoir étudié l'anatomie du sinus maxillaire, l'auteur passe en revue les divers symptômes auxquels peuvent donner lieu les abcès de ce sinus :

1° Ecoulement du pus par une seule narine.
2° Intermittence de cet écoulement.
3° Douleur sous-orbitaire.
4° Cacosmie subjective.
5° Carie des molaires supérieures.
6° Pus dans le méat moyen.
7° Bourrelet de Kaufmann.
8° Gonflement de la joue.
9° Tension douloureuse de la moitié de la face et du crâne.

Il analyse successivement chacun de ces symptômes, étudie leur valeur diagnostique, et montre qu'aucun d'eux pris isolément ne peut être considéré comme pathognomonique.— Seul le groupement de plusieurs d'entre eux pourra faire supposer l'affection, et dans nombre de cas il sera nécessaire pour confirmer le diagnostic de recourir à des moyens spéciaux d'investigation, permettant de déceler la présence de pus dans le sinus.

Digitized by Google

Ces moyens d'investigation : l'éclairage intrabuccal par le procédé de Heryng et par celui d'Escat ; la ponction exploratrice d'après les procédés de Ziem, de Cruet et de Lermoyez, sont successivement décrits et étudiés.

Dans un chapitre suivant, l'auteur traite des causes des abcès du sinus : Causes générales (grippes, syphilis, tuberculose) ; Causes locales (traumatisme direct ; plaie de la muqueuse nasale ; coryza ; polypes et affections dentaires).

D'après le Dr Lucius, le diagnostic de la cause *des abcès du sinus d'origine dentaire* se fera *aisément* par l'examen de la mâchoire supérieure. Nous ne partageons pas absolument cette manière de voir. Ce diagnostic sera peut-être aisé pour un spécialiste s'il s'agit de la pénétration d'une racine dans le sinus, ou d'un cas de pyorrhée alvéolaire nettement localisée. — Il sera plus difficile de le faire d'une manière exacte s'il y a du côté malade plusieurs dents à pulpe putréfiée qu'il y a cependant intérêt à ne pas sacrifier inconsidérément. Enfin le diagnostic sera très délicat si l'abcès est causé par une dent apparemment saine, parce qu'elle est sans carie, mais dont la pulpe morte a infecté le sinus. Le Dr Lucius aurait trouvé d'intéressantes observations de ces cas dans la littérature dentaire de langue anglaise, que nous regrettons de voir exclue de sa bibliographie.

Comme moyen d'intervention l'auteur conclut que pour les cas peu graves, la trépanation par l'alvéole suivie de lavages prolongés sera suffisante.

Dans les cas plus sérieux de suppuration intense, il faut aborder le sinus par la paroi antérieure, pour le drainer ensuite soit par le sillon, soit par le méat inférieur.

Dans les cas accompagnés d'accidents généraux graves, dans lesquels l'examen bactériologique du pus aura décelé la présence du streptocoque, l'auteur indique, après M. Boucheron, les injections de sérum de Marmoreck.

P. G.

Sur les causes de la nécrose phosphorée des mâchoires chez les allumettiers.

Le Dr Ralph Stockman, professeur à l'Université de Glasgow, publie sous ce titre (1) un article dans le *British Medical Journal*. L'auteur critique l'ancienne théorie de la pathogénie de

(1) On the causes of So-Called phosphorous Necrosis of the jaw on Match-Workers — by *Ralph Stockman* M. D., F. R. C. P. E. *British Medical Journal*, 7 janvier 1899.

Digitized by Google

la nécrose phosphorée. On a cru pendant longtemps que les vapeurs de phosphore exerçaient sur les os une action spécifique et étaient la cause d'une inflammation spéciale. Cependant l'histoire clinique des cas particuliers prouve bien que la nécrose phosphorée est due à une infection microbienne. Les vapeurs produites par l'oxydation du phosphore agissent seulement comme causes prédisposantes, lorsque, pénétrant jusqu'au maxillaire par l'ouverture d'une carie, par la plaie produite par une extraction, elles érodent la substance osseuse et diminuent sa nutrition. L'os se trouvant ainsi en état de moindre résistance se laisse facilement infecter par les micro-organismes.

La présence constante, dans le pus des phosphoriques, du bacille tuberculeux à côté d'autres microbes (staphylococcus albus, streptocoque, etc.) et l'observation que beaucoup de phosphoriques meurent tuberculeux, font croire à l'auteur que la nécrose phosphorée est de nature tuberculeuse. Une série d'expériences faites sur des lapins semble confirmer cette hypothèse.

Nous devons rapprocher cette théorie de celle du Dr L. Cruet, qui définit la nécrose phosphorée une *nécrose toxi-septique* c'est-à-dire : « nécrose consécutive à l'empoisonnement phosphorique, mais déterminée localement sur les maxillaires par l'intermédiaire des éléments septiques contenus dans la bouche. »

Pour éviter la propagation de la nécrose aux parties du maxillaire restées saines et pour éviter la généralisation de la tuberculose le Dr Ralph Stockman conseille une prompte intervention. P. G.

L'eau oxygénée dans la thérapeutique médico-chirurgicale, et dans les maladies de la bouche et des dents, par M. F. Touchard.

Nous lisons sous ce titre dans plusieurs journaux une étude sur l'eau oxygénée. Tout cela est bien ; mais l'auteur semble ignorer que le peroxyde d'hydrogène est employé depuis longtemps en thérapeutique dentaire et qu'il y est de pratique courante.

L'article « Peroxide of Hydrogen » dans le « System of oral Surgery » de Garretson commence par ces mots : « *Ce médicament est devenu d'un usage très repandu particulièrement en chirurgie dentaire* » (*It has come to wide use in dental surgery proper*) (p. 1042, 6e édit., 1894).

Digitized by Google

Nous aurions aimé à trouver dans cette étude, l'historique de l'emploi de l'eau oxygénée en *chirurgie dentaire*. Une telle omission est regrettable.

Ostéo-myélite du maxillaire inférieur et ses rapports avec la dentition, par le Dr DELUCQ (Th. doct. Paris).

Le Dr Delucq consacre sa thèse à l'ostéo-myélite du maxillaire inférieur. Cette affection est fréquente chez l'enfant, et, s'explique par le travail congestif déterminé par l'évolution dentaire, facilitant l'accès des germes pyogènes, et un certain défaut de résistance de l'organisme ; tandis que chez l'adulte, les lésions se rapprochent plutôt du type ostéite suppurée que du type ostéo-myélite.

L'ostéo-myélite peut encore être occasionnée par la carie dentaire, par la localisation sur le maxillaire inférieur des germes de maladies infectieuses même avant toute évolution des dents, ou par des avulsions faites sans antisepsie.

Enfin, Senn a rapporté un cas d'enfant né avec une ostéo-myélite suppurée.

Au début de la maladie, il y a un point douloureux, que la pression rend plus sensible, puis un gonflement des gencives et des joues surtout à l'angle de la mâchoire. et qui fait corps avec l'os.

Lorsque le pus est formé, il s'évacue par les alvéoles, à travers la muqueuse ou à travers la joue. La guérison peut survenir d'elle-même ou être subordonnée à l'élimination d'un sequestre.

La maladie peut être mortelle par septicémie, et dès le début. Elle peut être subaiguë durant de 6 mois à 1 an, ou tendre à la chronicité, avec des poussées successives ainsi que l'a décrit Lannelongue sous le nom d'ostéo-myélite prolongée, et causer de l'ostéite hypertrophiante localisée ainsi que certains tics douloureux de la face.

On a signalé des complications multiples : altération des cartilages de l'articulation, des luxations pathologiques, des phlébites de la faciale, etc.

Il faut intervenir rapidement, de préférence par la voie intra-buccale : on pratiquera une ponction et l'on placera un drain, pour pousser des lavages antiseptiques.

Si l'on constate la présence de sequestres, on les enlèvera aussitôt que possible ; on ne négligera pas le traitement géné-

Digitized by Google

ral, et l'on soignera la bouche et les dents dès la période de convalescence.

Contribucion al Estudio Odontologico, par le Dr Adolfo Damians, ancien interne des hôpitaux de Barcelone, ouvrage in-8 d'une centaine de pages, Barcelone.

Le but de cet ouvrage était de populariser en Espagne et particulièrement auprès des médecins, les connaissances d'odontologie que le Dr Damians s'était acquises dans les Ecoles Dentaires de Paris et de Londres.

A ce titre le Dr Damians mérite la reconnaissance de ses compatriotes.

La brochure est divisée en 3 parties où sont traitées successivement :

1° L'anatomie, l'histologie et l'embryologie dentaires ;

2° La carie dentaire et la prothèse dentaire ;

3° Les anomalies dentaires, l'hygiène de la bouche, les dentifrices et deux chapitres spéciaux sur la dent de six ans et la dent de sagesse.

Le Dr Damians insiste avec raison sur le rôle important de la dent de six ans et fait remarquer combien elle est négligée et même ignorée par les parents et par les médecins.

Dans la Préface faite de main de maître par le Dr Coll y Bofill, nous relevons le paragraphe suivant à propos des vœux émis au Congrès de Moscou, par le Professeur Scheff de Vienne, à savoir que tout dentiste devrait d'abord faire des études médicales complètes, suivies ensuite d'un enseignement odontotechnique *ad hoc*.

« Il est indiscutable, dit M. Coll, que ce critérium devrait être mis en pratique,car on ne conçoit pas aujourd'hui un dentiste ne possédant pas de connaissances médicales, de même qu'on ne peut concevoir qu'un médecin puisse exercer l'art dentaire sans avoir fait des études spéciales et qui ignorerait absolument les applications variées et artistiques de la chirurgie et de la prothèse dentaires. »

Le Dr Damians a rempli tous ces desiderata, car après avoir fait ses études médicales, il a choisi la stomatologie comme spécialité, et y est entré par le droit chemin. L'érudition dont il a fait luxe dans le travail qui nous occupe en est une preuve évidente.

Digitized by Google

NOUVELLES

A l'Assemblée générale annuelle de la *British Dental Association* tenue à Ipswich au mois de mai dernier, M. George Cunningham a proposé d'émettre le vœu que la Nouvelle Université de Londres crée un nouveau diplôme dentaire, supérieur au diplôme actuel de L. D. S. (licencié en chirurgie dentaire), avec un programme et des examens différents du programme et des examens de médecine, bien que comprenant des branches médicales.

La proposition a été combattue avec des arguments variés et finalement, MM. J. Smith Turner et F. J. Benett, ayant fait remarquer que la profession dentaire n'était peut-être pas prête pour une réforme aussi radicale, la proposition a été repoussée.

On sait qu'on s'occupe beaucoup à Lyon en ce moment de la fondation d'une Ecole Dentaire. A ce propos, il y a eu une scission parmi les dentistes de la région du Rhône, les uns voulant l'enseignement libre, les autres trouvant la fondation d'une Ecole prématurée, et estimant plus sage de réclamer de l'Etat l'enseignement de la science et de l'art dentaires. Le Dr Claude Martin a été un des plus chauds défenseurs de cette dernière opinion. Il estime, que, puisque les docteurs en médecine entrent tous les jours plus nombreux dans la profession dentaire, ils doivent, « *puisqu'ils sont universitaires, trouver dans l'Université même tous les éléments d'instruction nécessaires à la pratique de la dentisterie. Il faut donc que l'enseignement dentaire soit soumis au même patronage, aux mêmes garanties, qu'il soit officialisé, puisque les études médicales le sont. Sans cela les étudiants auront trop de tendance à faire, sur ce point principal, des études superficielles. C'est à ce prix seulement que nous pourrons conserver l'unité dans notre art, et à cette condition seule, l'entrée dans nos rangs d'esprits scientifiques plus cultivés pourra être féconde.*

Ne nous dissimulons pas, en effet, que si l'art dentaire a fait des progrès sensibles, il les doit à ceux qui ont su pui-

Digitized by Google

ser dans la chimie, la mécanique, la médecine, des connaissances générales qu'ils ont pu appliquer à leur art. La combinaison de ces divers éléments est donc le but que nous devons chercher à atteindre. »

Ce passage est extrait d'une allocution prononcée par le Dr Claude Martin à l'Association des Dentistes du Rhône et de la région le 15 avril 1897, et dont nous recevons la brochure.

Les examens du certificat d'études secondaires exigé des candidats au grade de chirurgien-dentiste, auront lieu à Paris le mercredi 19 juillet à 8 heures 1/2 du matin (1re session de 1899). Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'Académie à la Sorbonne (5e bureau) du 1er juin au 15 juillet inclus.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE PARIS 2-9 AOUT 1900.

Présidents des comités nationaux étrangers.

Allemagne. — Pr. Posner, 7 Anhalt Str., Berlin, S. W.
Angleterre. — Dr. d'Arcy Power, 10 Chandos Street Cavendish Square, W. Londres.
Autriche. — Pr. Albert, IX Maximilianplatz, Vienne.
Bohême. — Pr. Hlava, Prague.
Hongrie. — Pr. Otto Pertik, IV rue Gros Karoly 16 Buda-Pest.
Belgique. — Dr. J. Lerthioir, 338, Avenue Louise, Bruxelles.
Bulgarie. — Dr. Lubonier Zolotovitch, rue du 6 Septembre, Sophia.
Danemark. — Pr. C. Lange, Copenhague.
Espagne. — Pr. J. Calléja, 6 Argansola, Madrid.
Grèce. — Pr. G. Karemitsas, Athènes.
Italie. — Pr. Monti, Pavie.
Grand-Duché de Luxembourg. — Dr. Koch, 10 avenue de l'Arsenal, Luxembourg.
Norvège. — Pr. Axel Holst, Christiania.
Pays-Bas. — Dr. B. J. Stokvis, Sarphatistraat 26, Amsterdam.

Digitized by Google

Portugal. — Dr. H. Mouton, 29 rua Garrett, Lisbonne.
Roumanie. — Pr. Kalendero, Bucarest.
Russie. — Dr. Likhatscheff, Voskressensky pr. 13, St-Pétersbourg.
Serbie. — Pr. Soubbotitch, Belgrade.
Suède. — Pr. Gustaf Retzius, Stockholm.
Suisse. — Pr. Auguste Reverdin, 15 rue du Général Dufour, Genève.
Turquie. — Dr. Zambacco Pacha, Constantinople.
Mexique. — Dr. de Garay, Apartado 778, Mexico.
Pérou. — Dr. Florez, Lima.
République Argentine.— Dr. Aracz Alfaro, Santa-Fé 2394, Buenos-Ayres.
Australie. — Dr. Crivelli Arron, Albert Park, Melbourne.
Etats-Unis. — Dr. W. Osler. Pr. to John Hopkins University. Baltimore.
Canada. — Dr. Beausoleil, Montréal.
Algérie. — Dr.Bruch, Directeur de l'Ecole de médecine, Alger.
Tunisie. — Dr. Bertholon, Tunis.

CLIENTÈLES.

On demande dans une grande ville du centre, un médecin spécialiste pour les maladies de la bouche et des dents. — S'adresser à M. Rousset, 39 rue Serpente, Paris.

BROCHURES ET LIVRES REÇUS.

Recherches cliniques et microscopiques sur la séméiologie de la langue dans les maladies infectieuses ou toxiques, par Maurice Coffinas (Thèse Paris, 1898).

Contribution à l'étude de l'innervation des muscles du voile du palais, par Louis Rousseau (Thèse Paris, 1898).

L'éruption des dents temporaires, son mécanisme, ses accidents, par J. Besson (Thèse Paris, 1899).

Rôle de la mastication et du sac folliculaire dans l'ascension des dents, par Pierre Robin (Thèse Paris, 1899).

Digitized by Google

L'enseignement de l'art dentaire en France. Vœu soumis au Congrès dentaire national de Lyon 1898, par le Dr Cl. Martin (de Lyon).

Sur une école dentaire à Lyon, par le Dr Cl. Martin.

De l'emploi du caoutchouc dissous, par le Dr Cl. Martin.

La préparation et la pose des appareils de prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur, par le Dr Cl. Martin.

Dolor post extractionem dentis, par le Dr Arthur Scheuer, Zahnarzt, Teplitz (Bohême).

Füllungen mit vulcanisierten Einlagen, par le Dr Arthur Scheuer, Zahnarzt, Teplitz.

Verwendung von Formaldehydpaste in Tuben, par le Dr Arthur Scheuer, Teplitz.

Contributo allo studio della polpa dentale, par le Dr Riccardo Avanzi (Vérone).

Das Sensible Dentin und seine Behandlung (*Eine physiologisch-klinische Studie*), par le Dr Otto Walkhoff, Hof-Zahnarzt in Braunschweig.

Die Verbreitung der Zahncaries bei den verschiedenen Gewerbetreibenden, par L. Luhrse (Stettin).

La Teoria de la infeccion explica el mecanismo de las complicaciones de la caries de los dientes, par le Dr José Boniquet (Barcelone).

What became of the Dauphin Louis XVII? A study of dental jurisprudence, par Eugène S. Talbot, M. D., D.D.S. (Chicago).

JOURNAUX REÇUS.

Archives de Stomatologie et d'Art Dentaire.
Le Monde Dentaire.
Gazzetta Medica Siciliana.
Revista di Medicina, Chirurgia, e Scienze affini.
L'Odontologie.
La Revue odontologique.
Odontologische Blætter.
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.
Wiener zahnærztliche Monatsschrift.
Zahnærztliche Rundschau.

Digitized by Google

Correspondenz Blatt für Zahnærzte.
Journal für Zahnheilkunde.
Deutsche Zahnærztliche Wochenschrift.
Correo Internacional Odontologico y Clinico Dental Madrid).
Dental Cosmos.
The Stomatologist.
Items of Interest.
The Dentist.
La Revista Dental Mexicana (Mexico).
La moderna estomatologica (Barcelone).
British journal of the dental science.
Journal of the British Dental Association.
Pacific medical journal (San-Francisco).
Odontologisk Tidskrift (Stockholm).
Przeglad Dentystyczny (Varsovie).
Odontolocheskœ Obozrienie (Moscou).
Bulletin médical.
Revue générale de pathologie interne.
Le Progrès médical.
Journal de médecine de Paris.
Gazette médicale de Paris.
Journal des praticiens.
La France médicale.
Gazette des hôpitaux.
Annales de médecine et de chirurgie infantiles.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Annales des maladies du larynx, des oreilles, du nez et du pharynx.
Journal des sciences médicales de Lille.
L'année médicale de Caen.
La Pratique médicale. — Journal des maladies des oreilles, du nez et du larynx.
Revue de cinésie et d'électrothérapie.
La tuberculose infantile.
Journal de clinique et de thérapeutique infantiles.

Digitized by Google

MÉMOIRES ORIGINAUX

PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS DE LA DENTITION

PAR

Le Docteur Cruet

La question des accidents de la dentition est une de celles dont on peut dire, malgré les apparences, qu'elle est arrivée à son point de maturité, c'est-à-dire qu'elle a reçu tous les développements nécessaires, subi l'assaut et le contrôle de toutes les théories et de toutes les observations. La notion aujourd'hui bien établie du rôle de l'infection buccale dans les multiples manifestations pathologiques qui ont leur point de départ dans les dents, le système dentaire, et la muqueuse buccale, doit achever de dissiper les contradictions et les dernières obscurités. Sans cette notion, en effet, tout semble devoir rester en suspens et en discussion ; avec elle tout s'éclaire et s'enchaîne, au contraire ; et il devient possible, une fois pour toutes, d'établir la pathogénie simple des accidents produits par le phénomène de l'éruption des dents.

Il est tout d'abord nécessaire de bien définir ce qu'il faut comprendre par accidents de la dentition : ce sont les manifestations pathologiques d'ordres divers, locales ou générales, qui précèdent, accompagnent ou suivent l'éruption des dents temporaires et permanentes et dont l'*éruption* est la *cause*. Cette définition générale s'applique à toutes les périodes de l'éruption des dents : 1re dentition, 2e dentition, 3e dentition (dents de sagesse) ; et elle implique déjà, le phénomène de l'éruption étant en réalité toujours le même de sa nature, aux trois dentitions, que les accidents observés à ces différentes époques ne pourront différer essentiellement par leur cause première, qui est en définitive l'ascension des dents traversant les tissus de la gencive, et la perforant pour émerger ensuite. C'est le fait physiologique immuable pouvant se transformer en fait pathologique *sous certaines conditions* seule-

Digitized by Google

ment. Le terrain, c'est-à-dire le sujet (en raison de son âge, de son état de santé ou de maladie), les particularités anormales de siège ou de direction (dents de sagesse, ectopie), de moment (avance ou retard), mais surtout l'état de la cavité buccale, constituent seuls les éléments variables ou mobiles ; et c'est dans l'importance et le rôle de ces facteurs divers, qu'il faut chercher ces conditions nécessaires pour la production des accidents, et la solution du problème pathologique.

Nous envisagerons d'abord ce rôle et cette importance dans la production des accidents de la dent de sagesse ; on ne pourra nier que ces derniers n'aient été bien observés, et ne soient aujourd'hui bien connus. Si l'on admet d'ailleurs que l'éruption d'une dent de sagesse se fait par le même mécanisme que l'éruption de toutes les autres dents des deux dentitions, et qu'elle est un phénomène de même nature ; l'interprétation plus facile de ce qui se passe chez l'adulte, le grossissement naturel des accidents et des faits, chez celui-ci, nous permettront de faire la part exacte de tous les éléments déterminants ; et il sera tout naturel de faire aux autres périodes de la dentition l'application des faits constatés pour en avoir l'explication rationnelle. Car il faut le reconnaître les observations et les théories contradictoires, lorsqu'il s'agit des accidents de la première dentition surtout, ont uniquement et précisément pour cause la difficulté, chez un très jeune enfant, de savoir ce dont il souffre et se plaint, et bien plus encore de discerner les causes qui peuvent être si variées de ses manifestations pathologiques.

Or voici ce qu'a démontré l'étude attentive des faits, pour la dent de sagesse, et c'est à Redier, de Lille (*Journal des Connaissances médicales*, 1887), que revient le mérite de la démonstration : pour la production des accidents de la dent de sagesse, il est nécessaire que la gencive qui la recouvre soit ouverte en un point, et offre une voie de pénétration aux éléments infectieux existant dans la bouche ; l'origine de tous les accidents est l'*infection putride locale*. Les faits de compression propre, les obstacles à l'éruption de la dent, résultant soit d'un défaut de place, soit de son

Digitized by Google

volume exagéré, ou de sa position vicieuse, ne peuvent rien produire, n'ont jamais produit par eux seuls en tant que fait pathologique et ne sont que des anomalies, que des causes adjuvantes pouvant favoriser l'invasion ou l'action des éléments infectieux. Ils ne peuvent seuls être cause déterminante non seulement chez un sujet sain, mais même chez un sujet prédisposé par son état général : anémie, débilité, intoxications, diathèses, etc. ; l'élément infectieux, la porte d'entrée sont toujours indispensables. Nous ferons seulement remarquer, que si la perforation de la gencive existe dans la très grande majorité des cas, l'infection sous-gingivale peut se produire, au niveau de la dent de sagesse, par pénétration directe des éléments morbides à travers la muqueuse très amincie, soit même excoriée par la mastication ou le traumatisme ; la porte d'entrée est en fait alors constituée par toute la surface de la muqueuse perméable directement au-dessus de la dent qui l'use, ou seulement par le point ulcéré à l'extérieur. Mais la démonstration de l'infection résulte de cette constatation que la gencive ouverte laisse toujours écouler une certaine quantité de pus, et qu'un abcès existe entre celle-ci et la dent. Si l'on voulait soutenir qu'un semblable abcès, quand la gencive est fermée, pourrait provenir d'une infection interne ou d'origine vasculaire chez un sujet prédisposé, il y aurait à se demander pourquoi cet abcès n'existerait jamais dans la profondeur des tissus, mais toujours entre la surface de la couronne et la muqueuse, et toujours au moment où la dent est sur le point de perforer la gencive. Il n'y a donc pas lieu de s'arrêter à une autre origine que celle de l'infection buccale, qui trouve dans les conditions particulières d'éruption de la dent de sagesse ses conditions d'action les plus favorables.

Le fait de la nécessité de l'infection buccale, de l'infection locale, pour la production des accidents de la dent de sagesse étant acquis, il nous reste à faire la part des autres facteurs. Or il faut que la question de terrain, c'est-à-dire l'état général du sujet, semble jouer un rôle bien effacé ou même nul en tant que cause déterminante, puisque nous avons montré l'infection locale, extérieure, tou-

Digitized by Google

jours nécessaire ; mais l'état général peut donner aux accidents une physionomie particulière, et augmenter leur gravité. Un anémique, un strumeux fera des accidents moins aigus, souvent des abcès chroniques, des hypertrophies ganglionnaires (peut-être tuberculeuses) ; un intoxiqué (alcoolique, phosphorique) fera des accidents osseux (nécroses, séquestres), et c'est de la combinaison précisément de l'état général et de l'infection locale que résulteront le plus souvent la variété, l'étendue des accidents locaux, et la gravité des phénomènes généraux. On voudra bien remarquer cependant que les individus les plus sains et les plus vigoureux, mais à bouche infectée, peuvent présenter les accidents les plus graves (abcès du cou, angines de Ludwig, etc.), et que des débiles à bouche saine et aseptique peuvent rester indemnes, malgré une éruption anormale; ce qui démontre d'une façon remarquable la vérité de la théorie infectieuse. Dans les bouches aseptiques, en effet, soit naturellement, soit par l'effet de soins particuliers, on peut voir pendant des années des dents de sagesse incomplètement sorties, évidemment gênées dans leur éruption, à cause de leur volume ou par défaut de place, ne donner lieu à aucun accident. Dans ces bouches les prétendues *poussées d'éruption* n'existent pas ; celles-ci en effet ne sont jamais autre chose que des débuts d'infection locale, qu'on peut presque toujours enrayer, si l'on intervient à temps, par des soins antiseptiques. Cette dernière considération donne sa valeur exacte aux conditions anormales de sortie de la dent de sagesse, si fréquentes, qui, avec l'infection et l'état général, constituent les facteurs très inégalement puissants des accidents d'éruption.

Ces conditions anormales : volume, défaut de place, déviation, etc., ne sont que des causes prédisposantes qui favorisent la contusion, l'ulcération, l'*effraction* nécessaire pour la porte d'entrée de l'infection, celle-ci étant d'ailleurs favorisée par la difficulté de la mastication, le séjour des matières fermentescibles au fond de la bouche. L'infection d'ailleurs peut être *spéciale* au début et avoir pour résultat la formation d'un aphte, d'une ulcération d'herpès,

Digitized by Google

d'une gingivite ulcéreuse, et ces ulcérations non traumatiques peuvent à elles seules créer la porte d'entrée aux parasites vulgaires de la bouche qui détermineront les accidents de l'éruption.

Si l'on a bien voulu suivre les développements qui précèdent, la conclusion qui s'en dégage est facile à tirer : les accidents qui accompagnent l'éruption de la dent de sagesse sont surtout et avant tout des accidents d'infection, et d'infection locale ; il n'y en a, à la vérité, pas d'autres, ou tous les autres ne sont que la suite et le développement naturel des premiers. Comme nous étudions surtout une question de pathogénie, nous n'avons pas à nous étendre sur l'étendue ou la variété des complications ; ce qui importe c'est que la question de pathogénie est résolue, il nous semble, pour la dent de sagesse.

Suivant la méthode que nous avons indiquée, il ne nous reste plus qu'à faire aux accidents de l'éruption des dents de la 1re et de la 2e dentition, l'application des faits démontrés pour la dent de sagesse, en les corroborant d'ailleurs par les observations directes, qu'il nous sera permis de faire avec exactitude sur les sujets, à ces deux périodes, et nous aurons sans conteste la solution générale et définitive du problème.

Pour la 2e dentition qui se fait de l'âge de 5 à 6 ans jusqu'à 12 ou 13 ans, les phénomènes de nature pathologique qui accompagnent l'éruption des dents sont encore faciles à observer et à rattacher à leur cause, qu'ils soient d'ordre local ou général ; et ici encore, l'observation directe démontre, sans que nous ayons besoin de recourir aux faits établis pour la dent de sagesse, qu'ils sont de même nature et de même origine. Localement, ils sont toujours déterminés par l'infection buccale. Tantôt, en effet, c'est la dent de 7 ans, mais surtout la dent de 12 ans qui reste recouverte d'un bourrelet de gencive, formant autour de la couronne un cul-de-sac plus ou moins profond et étendu. La mastication, le traumatisme agissant sur le bourrelet l'excorient et l'enflamment ; l'infection gagne le cul-de-sac, et dans les mêmes conditions approximatives, arrive à produire des accidents assez semblables à ceux de la dent de sagesse.

Digitized by Google

Nous avons présenté à la *Société de Stomatologie* (1896) un cas typique de cette sorte. Nous observons en ce moment un jeune homme de 17 ans, de santé délicate, très anémique, dont la dent de 12 ans n'a pas encore fait son éruption, et se trouve recouverte en totalité d'un épais bourrelet de gencive, qui laisse échapper à la pression un peu de pus en arrière de la dent de 7 ans. Il y a en même temps adénite chronique sous-maxillaire datant d'un an. Il y a donc à la fois anomalie d'éruption (retard) et accident d'éruption se manifestant par la suppuration et l'hypertrophie ganglionnaire. Ces faits sont clairs; le sujet a 17 ans, et sa dent est en éruption depuis l'âge de 11 à 12 ans; mais les accidents (adénite) n'ont commencé à apparaître que le jour où l'infection gingivale s'est elle-même produite par la porte d'entrée, en arrière de la dent de 7 ans.

Je n'insiste pas plus longtemps sur les accidents de la 2e dentition, puisque d'ailleurs c'est plutôt à ceux de la 1re dentition que se sont presque uniquement appliquées les théories diverses et les discussions interminables qu'il s'agit enfin d'accorder ou d'écarter. C'est aux phases de la 1re dentition que les auteurs anciens, à commencer par Hippocrate, avaient pour habitude de rapporter les accidents, dits de dentition, comprenant les manifestations pathologiques des divers systèmes, et qu'on peut diviser très succinctement, en troubles de l'appareil digestif: diarrhée et vomissement; troubles de l'appareil respiratoire : toux, bronchite, pneumonie (?); troubles de l'appareil nerveux : convulsions, méningites (?). Enfin on rattachait même aux accidents de dentition les exanthèmes et éruptions diverses qui peuvent se produire du côté du système cutané : urticaire, eczéma, impetigo, etc. Il est remarquable toutefois que le champ de ces manifestations pathologiques, autrefois sans limites, s'est peu à peu rétréci, au point de ne plus comprendre que quelques manifestations d'ordre nerveux et réflexe, et qu'un éminent médecin des Enfants Malades, le Dr Comby (*Traité des maladies de l'enfance*), a pu dire que le résultat de son observation de 15 ans lui avait démontré que le rôle pathogénique de

Digitized by Google

la 1re dentition était négligeable, et que la dentition pouvait tout au plus être responsable de quelques stomatites et de quelques flux diarrhéiques.

Il n'est plus personne aujourd'hui pour dire que le travail physiologique de l'éruption des dents de lait soit à lui seul suffisant, pour produire dans l'économie un trouble capable d'expliquer la production d'accidents pathologiques, ce qui était l'opinion courante chez les anciens. Un maître éminent, le Dr Lannelongue, dans un ordre d'idées très voisin de notre étude, il y a plus de 20 ans (1), avait fait remarquer déjà que « les phénomènes d'accroissement des os en longueur ou en volume dans tous les sens, doivent s'accomplir sans douleur ni gêne, dans le silence le plus complet, et le sujet restant dans l'ignorance entière de leur production ». Il doit en être de même logiquement pour les dents faisant leur éruption, tant qu'elles sont dans les conditions de l'os, c'est-à-dire dans la profondeur des tissus, et que l'infection n'a pu les atteindre.

Mais les partisans au fond, de la théorie ancienne ou hippocratique se sont rejetés. pour expliquer les accidents de la dentition sur une théorie nouvelle, et en réalité la même : c'est que l'éruption des dents de la 1re dentition serait simplement une cause adjuvante occasionnelle (Séjourné) préparant le terrain pour les diverses maladies de l'enfance, déterminée d'ailleurs par leurs causes habituelles : débilité, mauvaise alimentation, diathèse, intoxication ; ou encore la croissance, et dans l'espèce, l'évolution dentaire serait le facteur mettant en jeu l'état pathologique en puissance par d'autres causes : milieu, hérédité, et aboutissant à des troubles de nutrition générale. Nous nous refusons absolument à ce compromis qui n'est que le refuge de la théorie hippocratique vaincue sur le terrain des faits ; et c'est maintenant, en dehors de l'observation propre, que nous avons le droit d'invoquer ce qui se passe pour l'éruption de la dent de sagesse, et des dents de la 2e dentition. Quel que soit l'état de la santé générale, aucune manifestation pathologique d'ordre quelconque n'apparait ni

(1) Mémoire sur les exostoses épiphysaires pendant la croissance. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1878.

Digitized by Google

ne s'observe, qu'on puisse rapporter au phénomène de l'éruption tant qu'il n'y a pas infection locale, tant que la gencive n'est ni infectée ni enflammée au niveau de la dent, et que cette infection locale n'est pas décelée par l'observation directe. Pourquoi en serait-il autrement chez le jeune enfant ? que si l'on invoque le très jeune âge, sa susceptibilité plus grande et son aptitude aux réflexes, nous dirons que ce sont là des hypothèses non démontrées ; que si l'on invoque l'ancienneté, le nombre et la concordance des observations, nous dirons que les observations sont beaucoup plus rares aujourd'hui qu'autrefois, que toutes celles publiées dans ces dernières années ne sont nullement démonstratives, et que, bien étudiées, elles ne démontrent même que l'infection buccale (efficacité du traitement antiseptique) ; qu'elles ont rarement été faites par des spécialistes des maladies de la bouche, j'entends des spécialistes médecins ; qu'enfin et surtout l'observation n'était pas guidée et éclairée par la notion si claire et si bien démontrée aujourd'hui de l'infection buccale et locale. Celle-ci, et c'est là où nous voulons en venir, comme pour les accidents de la dent de sagesse, comme pour les accidents de la 2e dentition, est capable de fournir l'explication de tous les faits sans qu'on soit obligé de recourir à des théories surannées.

Ces considérations ne conduisent nullement à nier tous les accidents de la première dentition ; et si des auteurs autorisés, cependant, comme Magitot et Galippe, les écartent d'une manière absolue, et n'admettent que la contemporanéité de la période d'éruption de dents de lait et des diverses manifestations morbides, signalées par les auteurs, mais ayant pour eux d'autres causes, nous nous séparons d'eux en partie, puisque, dans nombre de cas, les accidents réellement observés peuvent recevoir l'explication simple et rationnelle, dont nous trouvons la clef dans ce qui se passe pour la dent de sagesse, et que l'observation directe peut d'ailleurs démontrer pour la dentition de lait : l'infection locale.

La plupart des auteurs se sont contentés de signaler les accidents locaux de l'éruption des dents de lait : douleur,

Digitized by Google

tension, et amincissement de la gencive ; rougeur, parfois ecchymose et gonflement ; la sortie provoquée ou spontanée de la dent ferait d'emblée cesser tous les accidents locaux et les phénomènes généraux qui les accompagnent ; cela est vrai, mais comme les accidents locaux sont loin d'être constants, et que les dents de lait (même chez les enfants les plus débiles) sortent le plus souvent de la façon la plus normale, sans désordre local ni général, on ne peut trouver d'autre explication aux phénomènes pathologiques que la suivante : c'est que lorsque la dent est sur le point de faire son éruption, qu'elle a aminci la gencive à un degré assez avancé, les éléments infectieux de la bouche pénètrent très facilement à travers la muqueuse et l'enflamment. Dès qu'il y a douleur et rougeur c'est que l'infection existe et manifeste ses premiers effets ; souvent même il se produit entre le sommet de la dent et la muqueuse amincie et tendre de l'enfant, un petit foyer infectieux, un véritable petit abcès avec suppuration plus ou moins abondante ; il suffit de l'ouvrir, s'il existe, ou avant sa production de débrider la gencive rouge, tendue et douloureuse pour que les accidents locaux et généraux (fièvre, insomnie, etc.) s'évanouissent. Il va sans dire que, comme nous l'avons fait remarquer pour les autres dentitions, le traumatisme, représenté chez l'enfant qui perce ses dents de lait, par des hochets, des corps étrangers qui blessent et excorient la muqueuse gingivale, peut ouvrir la porte d'entrée à l'infection locale et devenir l'origine des accidents inflammatoires. Nous avons pu observer aussi de véritables petits hématomes transformés en abcès par l'infection secondaire. D'autre part, des éruptions diverses peuvent se faire dans la bouche des enfants et aboutir à des ulcérations, et ce sont celles-ci qui, là encore, viennent ouvrir la porte d'entrée de l'infection. Loin donc pour nous que la sortie des dents de lait provoque des éruptions cutanées, ce sont celles-ci qui s'étendant à la bouche, outre qu'elles peuvent produire par elles-mêmes les accidents mis au compte de la dentition, contribuent par le processus que nous indiquons à en amener le développement.

Digitized by Google

Quoi qu'il en soit, chez des enfants de 4 ou 6 mois à 3 ans, on comprend que cette infection locale, que cette véritable inflammation, bien que très localisée et qui peut d'ailleurs persister même après la sortie de la dent, donne lieu à des accès fébriles, à des troubles digestifs, résultant de la difficulté de prendre le sein et du refus des aliments, où à des troubles nerveux, tels même que les convulsions, si l'enfant est d'ailleurs prédisposé. L'état général de l'enfant peut être admis seulement alors à jouer un rôle pour rendre compte de la gravité plus ou moins grande des manifestations pathologiques, à condition, qu'en aucun cas, pas plus pour la 1re dentition que pour les autres, on ne veuille l'invoquer seul.

Ainsi compris, on le voit, les accidents de la première dentition sont pour ainsi dire, comme ceux des dentitions suivantes, d'un ordre unique à l'origine ; ils ne s'expliquent et ne se comprennent que par l'infection ; ils ne s'observent d'ailleurs qu'avec l'infection. L'infection donne à la fois l'explication des accidents locaux et généraux reconnus aux trois dentitions. L'âge du sujet, son état de santé général, l'état antérieur de la bouche, le plus ou moins d'étendue des accidents locaux déterminent dans une certaine mesure seulement le plus ou moins de gravité des accidents généraux ; car il faut tenir aussi grand compte de la nature et de la virulence des éléments infectieux eux-mêmes. Mais lorsqu'un examen attentif de la bouche de l'enfant n'a pas fait reconnaître les lésions locales dont nous avons démontré l'origine et le rôle prépondérant, les manifestations pathologiques diverses que présente l'enfant, peuvent et doivent être, sans hésitation, rattachées à d'autres causes, comme veulent le faire, dans tous les cas, Magitot et Galippe. Mais on sait désormais la part qui doit être faite aux lésions locales et à l'infection.

Cette étude de la nature des accidents de la dentition et de leur pathogénie, démontre, si toutefois nous avons donné une explication satisfaisante des faits, que les notions soit de physiologie, soit de pathologie générales sont indispensables à connaitre pour résoudre certaines ques-

Digitized by Google

tions particulières ; et nous avouons avoir été amené à nos conclusions, d'une part, par l'étude attentive des phases de l'éruption considérée dans son ensemble et à toutes ses époques ; et d'autre part, par la notion générale de l'infection, et de son rôle prépondérant dans la pathologie buccale ; nous n'avons eu qu'à faire l'application de ces notions à un point spécial de pathologie dentaire. Cette étude montrera peut-être encore que la théorie de l'infection, qui a pour origine les immortels travaux de Pasteur, n'a pas encore suffisamment pénétré tous les esprits, ni reçu toutes ses applications nécessaires ; et que les anciennes conceptions pathogéniques qui reposaient en partie sur la spontanéité et l'essentialité des maladies, ont bien de la peine à disparaître de la science médicale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉTIOLOGIE DE L'ÉROSION DENTAIRE.

Communication lue à la Société de Stomatologie de Paris,

PAR

le Docteur Oscar Amoedo.

Tout d'abord, il est important de bien fixer le sens du mot érosion. La lésion qu'il représente n'a pas toujours été décrite sous ce nom.

Beaucoup d'auteurs, en effet, réservent le terme *érosion* (du latin *erosio*, *erodere*, ronger) aux lésions dentaires produites par l'action d'agents corrosifs. C'est ainsi que E. F. Darby, Perry, Kirk, Bœdecker et tous les auteurs américains et anglais, appellent érosions, les lésions dues aux sécrétions acides des glandes des lèvres, combinées avec la brosse à dent, lésions que nous appelons *usures*.

Ils appellent atrophie ce que nous nommons actuellement érosion. Fournier, dans l'article *Dent* du *Dictionnaire* en 60 volumes ; Harris et Austen, dans leur *Traité de l'art du dentiste*, et beaucoup d'autres (Parrot) la décrivent aussi sous le nom d'atrophie.

Digitized by Google

Il est bon, croyons-nous, d'être averti de ces différences d'appellation qui pourraient jeter le trouble dans l'esprit d'un lecteur mal informé.

Il est certain que le terme érosion, tel qu'il est compris en Amérique, est plus conforme à la source étymologique ; mais l'usage a prévalu en France, d'appeler atrophie les anomalies de volume.

Cependant, on pourrait trouver une raison d'être du vocable érosion, pris au sens où nous l'employons, dans ce fait que la dent semble usée, rongée, taraudée.

Voici d'ailleurs ce que dit Fournier (Leçons cliniques, 1894) au sujet de cette dénomination :

« Je trouve le mot érosion à la fois excellent et mauvais. Excellent, lorsqu'il y a simple érosion au milieu de la dent, ou perte de substance sur une certaine zone ; c'est alors que la dent parait bien avoir été érodée, grattée ; mais il est détestable, mauvais, parce que l'érosion, l'usure de la dent n'est qu'apparente. L'érosion suppose, en effet, une perte de substance, une entaillure, une usure d'une surface saine à l'origine. Or, ici, il n'y a jamais eu de substance, ni de surface saine. Il n'y a donc pas érosion, mais bien non-formation. Ce qu'on appelle érosion dentaire est donc le résultat d'une dystrophie dentaire, la conséquence et la traduction d'un arrêt temporaire dans le développement de la dent. »

Nous n'ajouterons rien à ces remarques si judicieuses de l'illustre professeur, et nous conserverons comme lui le terme érosion.

Maintenant, voici l'objet de ma communication : je vous apporte ce soir une observation d'érosion dentaire, dont l'étiologie n'a pas été décrite jusqu'ici. La voici :

Observation.

Mme C..., de Buenos-Aires, m'amena sa fille âgée de 18 ans, pour me consulter sur la cause et le traitement de la lésion que présentaient les dents de son enfant.

Cette demoiselle, fort belle et robuste, n'a pas d'antécédents héréditaires. Nuls sont les antécédents patholo-

Digitized by Google

giques personnels. Elle porte binocle, pour une lésion oculaire que nous verrons plus loin.

L'examen de la dentition me révéla les particularités suivantes :

Les dents des deux arcades sont régulièrement placées. Les incisives centrales supérieures présentent des érosions sur le tiers moyen de leurs faces labiales et linguales.

Ces érosions s'étendent sur toute la largeur des dents, c'est-à-dire, du bord mésial au bord distal.

Les incisives latérales présentent la même lésion, mais moins étendue, le tiers tranchant de la dent étant seul altéré.

Les canines ont leur tiers libre érodé. Les premières grosses molaires ont disparu. Quant aux bicuspides et aux deuxièmes et troisièmes molaires, elles sont normales.

En bas, on retrouve des érosions très nettes sur les incisives et les canines. Les prémolaires et les deuxièmes et troisièmes grosses molaires n'ont pas de traces d'érosion. Les premières grosses molaires ont disparu.

D'après la forme et le siège des érosions, j'affirmai à la mère qu'une lésion semblable ne pouvait être produite que par un trouble brusque et passager, survenu vers l'âge de 3 ou 4 ans.

C'est alors qu'elle se souvint, tout à coup, que vers l'âge de 4 ans sa fille avait fait une chute grave sur la tête. Une affection oculaire était apparue peu de temps après cette chute. M. Berger, oculiste, à qui je conduisis la jeune fille, constata que le fond de l'œil était sain, mais que les cornées présentaient de l'aberration de réfrangibilité.

Etiologie :

Quelles sont les causes reconnues capables de produire les érosions dentaires ?

La syphilis, l'éclampsie, les pyrexies de l'enfance (scarlatine, rougeole, coqueluche, variole, etc.), les cachexies graves, le rachitisme et les intoxications mercurielles, en sont autant de causes classiques.

Digitized by Google

Examinons-les maintenant une à une.

La syphilis héréditaire peut être écartée tout d'abord, car nous n'avons pu la retrouver dans les antécédents héréditaires de notre malade.

Je connais sa mère, sa grand'mère, son arrière grand-père maternel et son père ; tous jouissent de bonnes santés, avec de bonnes dents et sans trace de syphilis.

Elle a cinq frères qui n'ont pas d'érosions dentaires.

De plus, la syphilis, ainsi que le rachitisme et la scrofule, impriment à la dent des altérations de forme générale et de structure intime, qui n'ont aucun rapport avec les érosions que présente notre malade.

Pas d'éclampsie, pas de pyrexie et pas d'intoxication mercurielle.

Quant au rachitisme, nous avons dit qu'elle n'en porte pas de traces.

Ainsi donc, aucune de ces causes ne peut être incriminée.

Il ne reste à considérer que la chute sur la tête faite par l'enfant à l'âge de 4 ans.

Pour cela, voyons quel est l'état de la calcification des dents à cette époque de la vie.

D'après le tableau graphique de Pierce, que nous donnons dans notre thèse de doctorat, voici l'état de cette calcification à l'âge de quatre ans.

Incisives centrales : un tiers et demi de leur couronne.

Incisives latérales : un tiers et quart.

Canines : un tiers.

Premières molaires : deux tiers.

Les deux prémolaires et les deuxième et troisième molaires n'ont pas commencé leur calcification.

Or, cet état de calcification correspond exactement avec le siège des érosions de notre malade.

Par conséquent, je pense que le choc reçu sur la tête a produit un trouble fonctionnel sur la cinquième paire crânienne.

Maintenant, comment expliquer les relations de cause à effet, entre la chute faite par l'enfant et les troubles dentaires et cornéens que nous avons constatés ?

Digitized by Google

Si nous considérons les traumatismes reçus sur la tête en général, nous pouvons les diviser en deux groupes : les uns d'ordre local, les autres d'ordre diffus.

Les phénomènes d'ordre local sont occasionnés, soit par une esquille détachée de la voûte, ou bien par une hémorrhagie produisant une compression d'un point quelconque des hémisphères.

Les phénomènes d'ordre diffus sont caractérisés par une sorte de commotion dans l'ensemble des centres nerveux.

Les phénomènes d'ordre local sont divisés à leur tour en troubles croisés et en troubles directs.

Les manifestations seront croisées lorsqu'une lésion sur un hémisphère droit sera manifestée par des paralysies ou par des excitations du côté gauche. Dans le 2e cas, lésions inférieures, les manifestations seront directes, ainsi par exemple : une fracture du rocher droit pourra amener une paralysie du nerf facial droit.

Mais quelle que soit la variété de ces troubles locaux, ils seront toujours unilatéraux.

Or, comme les troubles que présentait notre malade étaient bilatéraux, nous avons éliminé l'hypothèse d'une lésion locale, lors de la chute qu'elle fit sur la tête.

Voyons les troubles diffus :

Ces troubles peuvent bien être bilatéraux comme dans notre cas ; mais comment expliquer le choix exclusif des nerfs de la 5e paire crânienne ?

Pour éclaircir ce point, faisons un peu d'anatomie. Sauf les nerfs de la 1re et 2e paire, optiques et olfactifs, placés tout à fait dans l'étage antérieur de la base du crâne, les autres sont plus ou moins protégés contre une secousse de la masse encéphalique, car les 3e, 4e et 6e paires sont si minces, qu'elles n'offrent pas de résistance.

La 7e et la 8e paire sont protégées par les rochers.

Les 9e, 10e, 11e et 12e paires émergent si bas du bulbe qu'elles ne sont presque pas dans le crâne, tandis que la 5e paire, le trijumeau, qui nous occupe, est le plus gros de tous les nerfs crâniens.

Emergeant de la protubérance annulaire, il vient s'élar-

Digitized by Google

gir en formant le gros ganglion de Gasser sur la face supérieure des rochers, d'où partent après, ses trois branches : ophtalmique de Willis, maxillaire supérieur et maxillaire inférieur.

C'est cette disposition anatomique, croyons-nous, qui explique pourquoi cette paire seule a été affectée.

Les autres paires crâniennes peuvent cependant être atteintes, mais les organes auxquels elles se rendent, peuvent, s'ils ont été lésés en même temps que les dents, se réparer, et par suite, la lésion disparaître sans laisser de trace. L'émail des dents, au contraire, ainsi que le cristallin, étant d'origine ectodermique, n'est pas susceptible de réparation, et la lésion reste indélébile.

Les troubles qui se sont manifestés aussi du côté de la cornée, me confirment dans cette idée qu'il s'agit d'une lésion de la 5e paire.

Car les cornées, ainsi que les dents, sont innervées par cette paire crânienne.

Et c'est aussi l'avis du Dr Berger.

Mes conclusions furent donc les suivantes : même étiologie pour les deux affections concomitantes : arrêt de développement de la cornée et de l'émail de certaines dents, à la suite d'une chute sur la tête, survenue dans la première enfance.

DU ZONA BUCCAL

PAR

Le Dr Chompret.

Les manifestations du zona ou herpes zoster du côté de la muqueuse buccale sont fort rares et peu d'observations en ont été publiées (1). C'est cette raison qui nous a conduit à rapporter le cas suivant, d'autant plus intéressant qu'il avait été l'objet d'une erreur de diagnostic.

Le 10 mai dernier, un de nos confrères de province, le

(1) Notre confrère et ami le Dr Hugenschmidt en communiqua deux cas intéressants au Congrès international dentaire de Paris en 1889.

Digitized by Google

Dr X... nous adressait un malade atteint, disait-il, de tic douloureux de la face.

C'était un homme de 45 ans, d'apparence robuste, n'ayant jamais été malade ; quelques migraines pendant la jeunesse, de vagues douleurs erratiques dans les muscles et les articulations faisaient de cet homme aux attaches solides, au poil déjà gris, le type parfait de l'arthritique.

Il y a trois semaines, il fut pris un soir de malaise avec courbature générale, céphalée et fièvre. Le médecin appelé crut à un début de grippe et ordonna une purgation et des antiseptiques intestinaux.

Malgré cette médication, l'état infectieux resta à peu près le même, la température s'élevant chaque soir et les douleurs de tête empêchant le malade de dormir. Cependant vers le quatrième jour, la céphalalgie se localisa à gauche et le patient commença à se plaindre de ses dents inférieures du même côté qui lui semblaient allongées ; la mastication devenait difficile, presque impossible.

Le dentiste de la ville fut consulté et ne trouva rien d'anormal aux dents ; cependant la douleur se restreignait de plus en plus : prenant l'aspect d'une névralgie du trijumeau, à tel point que le médecin croyant à un tic douloureux de la face propose l'extraction des molaires inférieures gauches.

Devant une intervention aussi radicale, le malade hésita ; les jours passèrent, les médications s'accumulèrent sans aucune amélioration et c'est ainsi que trois semaines après le début de la maladie le patient nous fut adressé.

A l'examen de la bouche, nous trouvons toutes les dents en parfait état : courtes, sablées, jaunâtres, solidement implantées, les cuspides légèrement usées, ces dents sont toutes intactes et présentent le type idéal des dents d'arthritiques.

C'est à peine si les molaires inférieures gauches sont légèrement sensibles à la percussion ; toutefois, en faisant ouvrir la bouche du malade et en écartant sa joue avec le miroir pour mieux examiner les dents à gauche, nous avions été frappés de la gêne manifeste, de la douleur réelle qu'il avait paru ressentir ; notre attention fut donc

Digitized by Google

attirée de suite du côté de la muqueuse buccale et c'est là que nous trouvâmes le point de départ de toute l'affection.

Sur une étendue de 3 à 4 centimètres, un peu au-dessous de la région correspondant à l'interligne dentaire, allant de la première petite molaire à la dent de sagesse, existait sur la muqueuse de la joue une plaque rouge brunâtre large d'environ 1 centimètre, et sur laquelle se creusaient 3 légères ulcérations ovales, placées bout à bout et allant de la grosseur d'un petit pois à celle d'un haricot.

Le reste de la muqueuse buccale, joue, gencive, palais, langue, était normal et la sensibilité ne paraissait exagérée que dans la zone malade. La sécrétion salivaire n'était pas modifiée, et je ne constatai aucune trace d'adénopathie.

La pression aux lieux d'émergence des nerfs mentonniers et auriculo-temporal était excessivement douloureuse.

Sur la peau de la joue, en un point situé entre le tragus et la commissure labiale, du côté gauche, se voyait une plaque érythémateuse allongée sur une étendue de deux centimètres environ, plaque s'effaçant à la pression et sur laquelle étaient comme semées en ligne 4 petites croûtelles jaunes. Interrogé à ce sujet, le malade se souvint très bien avoir eu en ce point de petites bulles qu'il dénommait boutons et qu'il avait écorchées, agacé par un prurit continu.

Le diagnostic s'imposait : j'étais en présence d'un zona développé sur les branches du nerf maxillaire inférieur. Herpes zoster datant de trois semaines, arrivé à la période de déclin mais menaçant de laisser derrière lui une violente névralgie.

Le traitement fut le suivant :

1° Prendre de grands bains de bouche prolongés et répétés avec la solution suivante :

Hydrate de chloral.	5 gr.
Acide phénique	5 gr.
Essence de menthe.	XX gouttes.
Eau distillée	500 gr.

Digitized by Google

2° Maintenir entre les dents et la muqueuse malade un bourdonnet d'ouate imbibé de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine. 0 gr. 25 centigr.
Chlorhydrate d'eucaïne. . 1 gr.
Eau de laurier cerise. . . 30 gr.
Etiquettes poison.

3° Sulfate de quinine 0 gr. 50 centigr. pour 1 cachet n° 10.

2 à 3 cachets par jour.

Dès le lendemain, le malade allait mieux : la douleur avait presque entièrement disparu et l'alimentation était plus facile.

Deux jours plus tard, mon patient quittait Paris et je recevais au bout d'une semaine une lettre où il m'apprenait que les ulcérations n'existaient plus et que la fièvre et la névralgie avaient cessé complètement.

Le diagnostic du zona buccal doit être fait avec les éruptions d'herpès de cette région et la stomatite aphteuse ; je passe sous silence la stomatite ulcéro-membraneuse, les ulcérations traumatiques venant du voisinage de chicots et les syphilides secondaires dont la possibilité doit toujours être présente à la pensée, mais dont le diagnostic est facile à faire dès qu'on y a songé.

L'analogie est grande entre les vésicules d'*herpès* et les vésicules du zona, toutefois les premières sont irrégulièrement distribuées dans toute la bouche et ne donnent pas lieu à des douleurs névralgiques ; de plus elles coïncident souvent avec une angine herpétique qui se reconnaît à son début brusque, à l'élévation considérable de la température et au peu de durée des accidents ; enfin les vésicules herpétiques récidivent très fréquemment.

Dans la stomatite *aphteuse*, il existe une grande irrégularité dans la distribution des points malades : la douleur qui est plutôt une cuisson est localisée à l'ulcération et ne prend pas la forme névralgique. On ne souffre pas continuellement, mais ce sont les attouchements, les frottements de la plaie qui réveillent la douleur. La réparation est en général plus rapide que dans le zona et au bout

Digitized by Google

de la deuxième semaine toute trace de lésion a dû disparaître sur la muqueuse.

Le *zona*, quelle que soit sa localisation, buccale ou autre, est une sorte de fièvre éruptive s'annonçant par les prodromes communs à toutes les maladies infectieuses : malaise, nausée, céphalée, frissonnements, fièvre.

La douleur qui s'est étendue d'abord à toute une région, se localise et se cantonne dans la sphère innervée par tel ou tel tronc nerveux. C'est ainsi que dans la tête, le mal qui fut d'abord une céphalée générale devient bientôt une névralgie d'une branche quelconque du trijumeau.

L'affection atteint toujours un seul côté. Dans le zona buccal, en même temps que le phénomène douleur, apparaît sur la muqueuse une sorte de plaque érythémateuse plus ou moins allongée, suivant le trajet d'un nerf ; cette plaque formée d'un seul placard ou de plusieurs placards confluents se voit surtout sur la muqueuse des joues mais aussi sur les gencives (Hugenschmidt), sur le bord interne des lèvres et sur les deux tiers antérieurs de la langue.

Bientôt sur ces plaques apparaissent de petites élevures qui deviendront des bulles, des vésicules disposées en groupes et remplies d'un liquide citrin, transparent qui peut se troubler et même devenir purulent.

Au bout de 4 à 5 jours les vésicules s'affaissent et laissent à leur place une légère ulcération qui peut se cicatriser rapidement, mais qui, chez certains sujets affaiblis pour une cause quelconque, peut durer fort longtemps et laisser même des traces indélébiles.

L'état général reste le même pendant tout le cours de l'affection, cependant des phénomènes infectieux peuvent survenir et on constate parfois de l'adénopathie.

La durée moyenne du zona est trois semaines, un mois : la névralgie du trijumeau dure autant que la lésion de la muqueuse et peut même lui survivre : c'est là une complication fort grave mais heureusement rare du zona buccal.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS ET OBSERVATIONS

DEUX CAS D'IMPLANTATION DENTAIRE CONSOLIDÉE

AVEC PRÉSENTATION DE MALADES.

Par le Dr Oscar Amoedo (1)

PREMIÈRE OBSERVATION.

Mme S..., 25 ans, grande, robuste, de très bon état général, me fut adressée par notre confrère, M. Bruel, pour l'implantation de l'incisive latérale gauche.

Voici ce qu'elle me raconta à ce sujet :

Il y a cinq ans elle s'était adressée à un dentiste, pour se faire soigner cette dent, dont la pulpe était morte. Comme résultat de ce traitement, la malade fut frappée de plusieurs crises d'ostéopériostite aiguë ; ces crises se répétaient à chaque nouvelle tentative de traitement jusqu'à ce que le dentiste se décida à sacrifier la couronne de la dent, et à mettre une dent artificielle, montée sur un appareil de prothèse.

La malade porta ainsi cette dent pendant 4 ans ; mais lassée des ennuis que lui causait le dit appareil, elle songea à se faire soigner sa racine afin d'y placer une dent à pivot. C'est alors qu'elle réclama les soins de notre ancien élève M. Bruel.

M. Bruel, plus heureux que le dentiste qui lui avait donné ses soins antérieurs, réussit à stériliser la racine sans inconvénient et y plaça une couronne de Logan.

La malade était enchantée du résultat tant désiré, lorsqu'au bout de quatre ans, une fracture longitudinale de la racine vint réveiller à nouveau ses anciennes inquiétudes. Comme la malade ne voulait plus entendre parler d'appareil de prothèse, c'est alors que notre confrère me l'adressa.

(1) Extrait des comptes-rendus de la Société de stomatologie.

Digitized by Google

A l'examen de sa bouche, j'ai pu constater que ses arcades dentaires articulent régulièrement, que presque la totalité des molaires existent encore, et que la bouche est très saine et très bien entretenue.

Ces circonstances sont des plus favorables à la réussite des greffes dentaires.

L'incisive latérale droite porte une couronne de Logan.

Depuis un mois la malade fait tenir sa dent à pivot, dans la racine fracturée de gauche, en entourant le pivot avec un fil, ce qui amène une infection de la région.

Le 21 janvier 1899, je commençai par produire l'anesthésie locale, au moyen de la *cocaïne-phénylique Poinsot*, et ensuite je me mis à la recherche des fragments de racine restés au fond de l'alvéole. J'ai eu beaucoup de mal à extraire la partie correspondant à l'apex, car il fallait agir avec prudence, afin de ne pas déchirer les rebords gingivaux dont j'avais besoin pour recouvrir la dent greffée.

L'alvéole, une fois libre du reste de la racine, je l'agrandis en largeur et en profondeur, car la racine que j'avais à implanter était de beaucoup plus grande que celle qui existait précédemment dans l'alvéole.

Pour cette opération, je me suis servi des *reamers* du *Dr Ottolengui* montés sur le tour électrique de Doriot.

Je fis entrer la dent à frottement dur, en la frappant avec un maillet automatique, portant une pointe en bois à son extrémité.

La dent implantée était composée d'une racine naturelle, avec une couche de cément décalcifié, portant une couronne en porcelaine de Logan.

Elle était si solide immédiatement après l'implantation, que je n'eus pas besoin de la ligaturer aux autres dents.

Une incision profonde, faite sur la gencive au niveau de l'apex de la racine, fut suivie d'une abondante émission sanguine qui fut favorisée en maintenant la lèvre relevée pendant quelques minutes.

L'opération se termina par un badigeonnage sur la gencive à la teinture d'iode.

Pendant la durée de l'opération la bouche, et en parti-

Digitized by Google

culier l'alvéole, furent lavées constamment avec une solution antiseptique au cyanure de mercure, phénosalyl et salol.

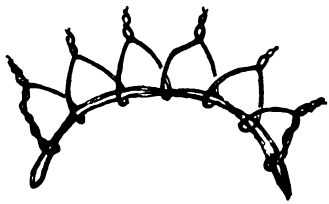


Fig. 1.

Tous les instruments employés avaient été préalablement stérilisés à l'eau bouillante.

Les suites opératoires furent excellentes malgré le milieu infecté sur lequel l'implantation fut faite.

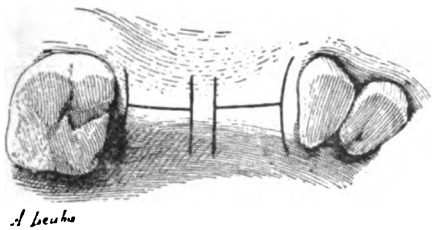


Fig. 2.

Le 9 février, la dent étant un peu branlante, je fis des ligatures en fil de platine aux dents voisines.

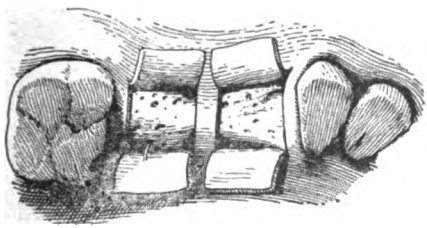


Fig. 3.

Le 13 mai, soit 3 mois plus tard, j'enlevai les ligatures et la dent était définitivement consolidée.

Digitized by Google

DEUXIÈME OBSERVATION.

Mlle M..., 25 ans, bon état général.

Ses arcades dentaires articulent régulièrement.

Plusieurs molaires manquent déjà.

La première prémolaire supérieure gauche fut extraite en 1890.

La canine du même côté a perdu sa couronne par suite de carie.

En 1894, après stérilisation immédiate du canal radiculaire de cette dernière dent, j'y fixai une couronne de Logan.

J'anesthésiai, avec la même préparation de cocaïne, la gencive correspondante à la première prémolaire gauche.

Une incision en H me permit de relever deux lambeaux profonds qui comprenaient le périoste. L'os fut trépané, puis j'y implantai une prémolaire naturelle sèche que je maintins en place par des ligatures en platine aux dents voisines.

Ces ligatures furent enlevées 2 mois plus tard lorsque la dent était consolidée.

Il y a deux ans, la couronne de cette dent s'étant profondément cariée par sa face distale, je l'obturai à l'amalgame, et c'est pourquoi la couronne a cette teinte grise.

En résumé, cette dent, qui est en très bon état actuellement, a rendu pendant cinq ans des services constants de mastication.

Digitized by Google

COMPTES RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

SÉANCE DU 19 JUIN 1899.

Présidence de M. Cruet.

LECTURE DU PROCÈS-VERBAL.

M. Ferrier à l'occasion de la rédaction du procès-verbal demande s'il conviendrait d'adresser aux nouveaux membres correspondants nationaux dont il est question, l'exemplaire des nouveaux statuts.

M. Cruet estime que l'envoi d'une lettre personnelle peut être suffisant.

NOMINATION DE DEUX SECRÉTAIRES ANNUELS.

MM. les Drs Gourc et Chompret étant démissionnaires des fonctions de secrétaires annuels, il est procédé à l'élection.

MM. les Drs Lucius et Bloch sont élus.

LECTURE DE LA CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend des lettres :

1° Du Dr Barthélemy, médecin de St-Lazare, exprimant le désir de faire partie de la Société et annonçant une communication.

2° Du Dr Sebileau annonçant une présentation de malade pour la prochaine fois et demandant l'envoi d'une convocation l'avertissant de la date des séances.

3° Du Dr Petit (Georges), médecin du dispensaire d'Ormesson.

4° Du Dr Faré.

Digitized by Google

5° Du Dr Chadex, prof. suppl. à l'école de médecine de Tours.

6° Du Dr Nicolesko, de Bucharest, posant leurs candidatures.

7° Des demandes de statuts de la part des Drs Gulikers, de Liège et Delucq.

8° Des lettres d'excuses de MM. les Drs Imbert et Frey.

La Société a reçu le 1er numéro de la *Revue de Stomatologie*, et la thèse de M. le Dr Robin. Ces brochures seront placées dans les archives de la Société.

PRÉSENTATIONS.

M. Amoedo présente une dame qui a subi la réimplantation d'une racine décalcifiée (1).

M. Rodier fait remarquer l'absence d'appareil de contention. Sur les greffes et réimplantations qu'il a eu l'occasion de faire, il n'a jamais placé d'appareil de contention, du moins immédiatement, et a obtenu les meilleurs résultats sans appareils qui gênent les malades et provoquent l'infection.

M. Pietkiewicz évite toujours les ligatures, mais il est des cas où il faut en faire.

Dans le cas présent, pourquoi n'a-t-on pas placé une dent entière au lieu d'une dent de Logan ajustée sur une racine ? La racine enfoncée à force a causé une réaction un peu vive.

M. Cruet. Il faut tenir compte des conditions de la réimplantation. — Il a eu le tort d'enlever un appareil au bout de deux jours à un enfant qui rentrait au collège.

C'est une question d'espèce et de cas particulier.

M. Amoedo donne une grande importance à la ligature qui doit être gardée 3 mois. La soie s'infecte : il préfère 3 boucles en fil métallique. Il a mis une dent de Logan n'ayant pas de dent naturelle assortie à la bouche ; ce n'est pas l'action mécanique du maillet, mais l'infection qui a causé l'inflammation consécutive.

M. Amoedo présente ensuite *une dame ayant subi l'implantation d'une dent naturelle dans une alvéole artificielle.*

M. Pietkiewicz. L'alvéole artificielle a été pratiquée 4 ans après la perte de la dent ; malgré la résorption assez considéra-

(1) Voir *Recueil de faits et observations*, p. 189.

Digitized by Google

ble qui a dû se produire, la gencive est au même niveau que sur les autres dents, ce qui est remarquable.

M. Amoedo. On pourrait mettre ce phénomène sur le compte de l'ostéite condensante ; j'en ai eu déjà un autre exemple.

M. Gaillard reprend l'observation de M. Pietkiewicz et la précise.

M. Amoedo expose la technique de son implantation avec schema au tableau ; il incise la gencive, pratique 2 lambeaux palatin et labial, ce dernier plus large. Il fait remarquer qu'il a soin de comprendre le périoste dans ses lambeaux.

M. Cruet. Nous admettons l'exactitude de l'observation : la dent est réimplantée depuis 5 ans, 4 ans après l'extraction. L'explication de M. Amoedo est plausible : par ses lambeaux, il allonge la gencive, et, malgré la résorption, la gencive peut encore se trouver de niveau.

M. P. Sebileau. Il me semble qu'on peut répondre à la question posée par MM. Pietkiewicz et Gaillard de la manière suivante :

Quand M. Amoedo, après avoir incisé la gencive d'avant en arrière au niveau du point où il doit creuser l'alvéole, décolle cette gencive pour en faire deux lambeaux, l'un externe, l'autre interne, lesquels doivent ensuite engainer la dent, il ne décolle pas seulement la muqueuse, mais encore le périoste. Ainsi chacun des deux remparts qu'il constitue à la dent nouvelle est, en réalité, composé de deux couches : l'une extérieure ou superficielle, muqueuse ; l'autre intérieure et profonde, périostale. Il est probable qu'ici le périoste obéit à la loi générale qui régit sa physiologie, à savoir que, séparé de son os, il fabrique du tissu osseux par sa face profonde fertile.

C'est sans doute de cette manière que le lambeau gingival se double, à sa face profonde, d'une mince lamelle osseuse qui, en réalité, est une vraie reconstitution par le périoste des procès alvéolaires détruits par la résorption qui suit l'extraction.

RAPPORT DE LA COMMISSION DES CANDIDATURES.

MM. Pont et Besson qui remplissent les conditions exigées des membres de la Société sont nommés titulaires à l'unanimité.

M. Saussine présente *un davier* qu'il a modifié pour pratiquer l'extraction d'une racine d'une petite incisive du haut, fendue dans toute sa longueur. Il a enlevé cette

Digitized by Google

dent en introduisant un des mors dans le canal et l'autre en dehors, et a pu opérer ainsi facilement.

M. Cruet. M. Saussine a adapté un instrument à un cas particulier ; le résultat de l'intervention justifie la modification qu'a apportée M. Saussine aux mors du davier qu'il présente.

Rapports de la Société de stomatologie et de la Revue de stomatologie.

M. Ferrier expose qu'il y a eu entente entre M. Gires, représentant la *Revue de stomatologie*, et lui, pour la publication des comptes rendus. Un seul point reste en litige. M. Ferrier désire que les communications soient publiées dans le numéro qui paraîtra après la séance, afin que les membres de la Société puissent avoir lu ces communications avant la lecture du procès-verbal, de façon à pouvoir reprendre la discussion à propos de ce procès-verbal. Le reste du compte rendu serait publié seulement après l'acceptation du procès-verbal.

M. Gires dit que la *Revue de stomatalogie* ne peut s'engager à publier toutes les communications faites à la Société, quelques jours après qu'elles auront été faites ; et il propose d'ajouter à la rédaction de M. Ferrier les mots *autant que possible.*

M. Gaillard. Cette formule laisserait trop de latitude au secrétaire de la rédaction de la *Revue*. Les comptes rendus doivent être publiés entièrement dans le même numéro.

M. Gires. Mais M. Ferrier propose justement d'en publier une partie (les communications) avant la lecture du procès-verbal, et c'est à cause du manque de temps que je demande un peu de latitude.

M. Rodier. Aucune partie des comptes rendus ne peut être publiée avant l'acceptation du procès-verbal.

M. Robin. Y aura-t-il un service fait aux membres de la Société.

M. Cruet. La *Revue* publie mensuellement les comptes rendus de la Société et les comptes rendus sont réunis à la

Digitized by Google

fin de l'année en un volume qui est distribué aux membres de la Société.

M. Gires accepterait volontiers la rédaction telle qu'elle existe. Mais puisqu'il y a encore quelques questions à résoudre, il propose de faire un arrangement définitif avec M. Ferrier, et de le présenter à la Société à la prochaine séance.

Accepté.

Dr Amoedo. — **Contribution à l'étude de l'étiologie de l'érosion dentaire.**

M. Pierre Sebileau. Il me semble qu'il convient de faire les plus expresses réserves sur les conclusions que M. Amoedo vient de tirer du mémoire qu'il nous a lu concernant « *l'étiologie de l'érosion dentaire dans ses relations avec les affections de la cornée* ».

A prendre au pied de la lettre la communication de M. Amoedo, on pourrait croire qu'il place les affections de la cornée, envisagées d'une manière générale, sous la dépendance des dystrophies dentaires ou inversement, qu'il établit entre les unes et les autres un rapport de cause à effet, qu'il place les premières dans le chapitre étiologique des secondes ou réciproquement. Mais je présume que tel n'est pas l'esprit de la communication de M. Amoedo ; l'expression, sans doute, a dépassé la pensée : c'est vraisemblablement de coexistence, de parallélisme, de corrélation, de rapports d'étiologie commune entre les affections cornéennes et les érosions dentaires que M. Amoedo a voulu parler. Sur ce terrain doit s'engager la discussion.

Pour appuyer sa thèse, M. Amoedo vient de nous lire trois observations. Ces observations ne se ressemblent pas. On peut dire qu'elles constituent deux groupes de documents : Le premier groupe (observation n° 1) se rapporte à un malade qui, ayant subi, vers l'âge de 4 ans, un traumatisme crânien, présenta plus tard des érosions dentaires et des troubles visuels désignés par M. Amoedo sous le nom d' « aberration de réfrangibilité de la cornée » ; le second groupe (observations n° 2 et n° 3) concerne deux sujets atteints d'hérédo-syphilis sur lesquels M. Amoedo a pu diagnostiquer des lésions trophiques du système dentaire et des altérations profondes, parenchymateuses, de la cornée.

Je prends d'abord, pour simplifier ma réponse, les documents

Digitized by Google

du second groupe. Ainsi donc, M. Amoedo rapporte deux faits où coexistaient des dystrophies dentaires et une kératite interstitielle. Il aurait pu facilement en trouver des centaines, et je dois dire que cela n'aurait pas ajouté un grand intérêt à la chose. Personne, en effet, n'ignore aujourd'hui que la kératite profonde et l'érosion dentaire sont l'une et l'autre fonction d'hérédo-syphilis, que ce sont deux coins d'un même tableau changeant au premier plan duquel figurent encore l'hydrocéphalie, l'infantilisme, la microcéphalie, les déformations de la face et du crâne, la surdité congénitale, des lésions conjonctives du foié, du testicule, etc., etc. A compter comme M. Amoedo, quelle quantité de mémoires ne pourrait pas, du jour au lendemain, envahir les périodiques, s'il prenait à chacun la fantaisie de noter la coexistence d'un des nombreux stigmates dystrophiques et d'une des nombreuses lésions viscérales de l'hérédo-syphilis ? Il n'est de jour qu'on n'en puisse observer d'exemple.

Je passe maintenant aux documents du premier groupe. Pour entrer dans la discussion, je crois utile de présenter deux observations : la première, c'est que M. Amoedo ne nous donne aucun détail sur le traumatisme crânien dont sa malade lui a dit avoir été victime, sur les symptômes que cet accident a provoqués, non plus que sur « l'affection oculaire qui a apparu quelque temps après » ; la seconde, c'est que je ne sais trop quel sens il convient d'attribuer à l'expression suivante dont il s'est servi : « Les cornées présentent de l'aberration de réfrangibilité ». M. Amoedo veut-il dire par là qu'il y a, chez sa malade, exagération de ce qu'on appelle l'aberration normale de réfrangibilité de l'œil, laquelle tient à ce que les différents rayons lumineux qui composent la lumière blanche n'ayant pas le même indice de réfrangibilité vont former, dès que l'objet n'est plus exactement à la distance de la vision distincte, leur foyer sur des points différents de la rétine, et entend-il marquer ainsi, par un détour de langage qui prête singulièrement à la confusion, que sa malade présente un des nombreux troubles du sens chromatique désignés sous le nom de dyschromatopsie ? Ou bien M. Amoedo vise-t-il seulement des modifications survenues dans la courbure de la cornée, modifications ayant troublé le pouvoir réfringent relatif des différents méridiens de la lentille oculaire et ayant ainsi déterminé une anomalie dite de réfraction et non de réfrangibilité (astigmatisme, kératocone) ? Car je ne veux rien dire du cristallin que notre collègue a fait intervenir, je ne sais pourquoi, au chapitre pathogénique de sa communication, dans des termes tels qu'il m'est impossi-

Digitized by Google

ble de saisir le sens de l'allusion qu'il a faite à cet organe, lequel n'a rien à voir avec les « affections de la cornée » qui font l'objet de son travail.

Eh bien ! donc, dans la première hypothèse, je répondrai à M. Amoedo qu'on a signalé, en effet, la dyschromatopsie et l'achromatopsie dans les contusions du crâne, mais que ces phénomènes sont considérés comme des affections de l'appareil nerveux optico-rétinien, et non pas comme le résultat d'une maladie cornéenne, comme un trouble de l'appareil de réception et non pas comme un trouble de l'appareil de transmission.

Dans la seconde hypothèse, je ferai à M. Amoedo deux objections que voici :

1° Ou bien M. Amoedo considère les lésions qu'il a observées comme la conséquence d'un traumatisme crânien s'étant accompagné de troubles cérébraux à manifestations diffuses (contusion, commotion cérébrale, compression du manteau gris par un épanchement sanguin sus-dure-mérien) et alors je répondrai que le propre de ces troubles est d'abord d'avoir une durée éphémère, ensuite de n'engendrer précisément aucune localisation symptomatique, de déterminer un arrêt momentané total ou, tout au moins, diffus du fonctionnement psychique et de ne s'accompagner, par conséquent, d'aucune lésion dystrophique régionale ?

2° Ou bien, et c'est ce que j'ai cru comprendre, M. Amoedo met les altérations oculo-dentaires qu'il a observées chez sa patiente sur le compte de troubles cérébraux à manifestations localisées et incrimine un traumatisme de la cinquième paire. En ce cas, c'est sans doute une fracture de la base du crâne que vise notre collègue, car je ne vois pas quel autre traumatisme pourrait avoir produit sur le ganglion du trijumeau les lésions qu'il rend responsables des troubles par lui observés sur les dents et la cornée. En ce cas, trois remarques s'imposent ici : la première est qu'on a bien signalé des accidents produits par les fractures basilaires sur le facial, le moteur oculaire commun, le moteur oculaire externe, le pathétique même, mais, qu'à ma connaissance, il n'a point été observé de symptômes consécutifs à des blessures du ganglion de Gasser survenues dans les dites conditions ; la seconde, c'est que, pour accepter son hypothèse, il faudrait, dans l'espèce, supposer une double fracture du rocher si parfaitement symétrique des deux côtés, et pour ainsi dire, si providentielle qu'elle aurait doublement réalisé sur la même personne une chose jusqu'à ce jour inconnue ; la troisième est que la section expérimentale du trijumeau déter-

Digitized by Google

mine sur la cornée, non pas les modifications de courbure et les anomalies consécutives de la réfraction signalées par M. Amoedo chez sa malade, mais bien des altérations trophiques depuis longtemps connues de tous les physiologistes : opacité, pannus vasculaire, ulcération, perforation, etc.

Voilà pourquoi je disais qu'il fallait faire des réserves sur les conclusions de M. Amoedo.

M. Amoedo remercie tous les membres de la Société, et en particulier M. le Professeur Sebileau de l'accueil bienveillant fait à sa communication.

Désirant connaître leur avis, il s'est permis de présenter, à titre de consultation, l'étiologie assez rare du cas qu'il a eu à examiner.

Comme il y avait déjà 14 ans que l'enfant avait fait cette chute, la mère ne se souvenait pas d'une façon précise de ses détails, se rappelant seulement de l'avoir vue très malade après la chute qu'elle fit sur la tête.

La mère était très affirmative quant aux fièvres et convulsions, car elle n'avait jamais quitté sa fille depuis sa naissance. — M. Amoedo croit qu'il faut établir une petite nuance entre les troubles trophiques et les troubles d'arrêt de développement. Il ignore les autres mécanismes qui peuvent causer l'aberration de réfrangibilité de la cornée, c'est là une spécialité qu'il n'a pas étudiée ; mais quant aux dents, l'on sait que c'est un trouble quelconque, capable de déterminer un arrêt temporaire dans la calcification des dents, qui constitue le mécanisme des érosions dont nous nous occupons.

Et, ce qui nous autorise à affirmer ceci, c'est qu'il existe une coïncidence presque mathématique entre le moment où la cause déterminante de l'érosion a agi, et l'état de calcification des dents affectées.

Dans les érosions dentaires survenues par arrêt de développement, les tissus de la dent sont seuls modifiés, les tissus mous restent indemnes, et la dent reste ferme en place. Tandis que, dans les cas de troubles trophiques, il y a nécrobiose des tissus mous de la dent, les tissus durs sont indemnes, et la dent tombe.

M. Chompret. Très souvent on voit dans la syphilis la concomitance des modifications dentaires et cornéennes.

M. Cruet. Du reste, le diagnostic ne s'établit que par la concomitance des dites modifications.

M. Pietkiewicz. J'ai eu occasion d'examiner un jeune homme qui présentait des érosions dentaires : j'affirmai à l'examen

Digitized by Google

qu'il s'était produit quelque incident au cours de sa croissance ; enfin on se rappela que l'enfant était tombé par la fenêtre lâché par sa nourrice.

J'ai dû incriminer le traumatisme.

M. Chompret. J'ai observé une jeune fille qui avait les 2 incisives centrales inférieures érodées ; elle avait fait une chute à l'âge de 3 ans ; il y a eu traumatisme direct.

M. Cruet. Nous ne connaissons pas la nature de l'érosion consécutive à toutes les maladies graves ; il n'est pas impossible d'incriminer le traumatisme ; mais il est bien rare que la famille ne se rappelle pas un coup ou une chute qui permette d'invoquer le traumatisme ; c'est comme le courant d'air dans les cas de fluxion dentaire.

Il faut attendre un nombre suffisant d'observations pour pouvoir juger en connaissance de cause.

L'un des Secrétaires annuels,
Dr A. Bloch.

Digitized by Google

REVUE DES CONGRÈS

Nous extrayons des comptes rendus du congrès de la Société allemande de chirurgie les passages suivants :

Recherches expérimentales sur la nécrose phosphorée.

M. Von Stubonranch (de Munich). — La question de la nécrose phosphorée étant encore loin d'être élucidée, j'ai entrepris une série de recherches qui ont consisté d'abord à introduire chez des lapins une parcelle de phosphore dans un trou établi au sein du maxillaire inférieur ; ces expériences n'ont pas donné de résultat positif. J'ai exposé alors des lapins à une atmosphère saturée de vapeurs phosphorées après avoir au préalable produit chez ces animaux différentes lésions du maxillaire ; le résultat fut également négatif. Dans une troisième série d'expériences j'ai fait séjourner des lapins pendant six mois dans un local saturé de vapeurs phosphorées (*fabrique d'allumettes*) ; quelques-uns de ces animaux ont succombé avec des symptômes d'une intoxication aiguë tandis que d'autres n'ont rien présenté d'anormal ; chez aucun de ces lapins je n'ai réussi à provoquer une nécrose diffuse du maxillaire ; je crois donc que cette nécrose constitue une lésion propre à l'homme et qu'elle survient chez les sujets atteints d'une maladie infectieuse des dents ou des mâchoires. En ce qui concerne sa nature anatomo-pathologique, j'ai pu constater dans un cas une thrombose récente des vaisseaux de la moelle osseuse.

Étiologie du noma.

M. Perthes (de Leipzig). — J'ai eu l'occasion de faire des recherches bactériologiques dans deux cas de noma dont l'un se rapportait à un enfant de deux ans, qui a fini par succomber, et l'autre avait trait à un noma survenu après une fièvre typhoïde ; dans ce dernier fait, une cautérisation énergique au thermocautère aidée d'une section transversale de la joue a suffi pour enrayer le mal.

L'examen bactériologique a donné dans les deux cas un résultat analogue. Dans la partie gangrenée où les noyaux

Digitized by Google

ne présentaient pas trace de coloration, on percevait un mycélium très dense. Au voisinage immédiat du foyer de nécrose, on constatait également la présence de ce mycélium composé de longs filaments qui affectaient souvent une forme ondulée, ressemblant à des spirilles. Il s'agissait d'une espèce de streptotrix rappelant quelque peu l'actinomyces. J'ai obtenu des cultures anaérobies sur agar, en ayant soin d'ensemencer seulement les matières recueillies dans la profondeur des tissus, pour éviter toute infection surajoutée.

Cependant le streptotrix se trouvait toujours associé à des microcoques.

Les inoculations aux animaux, faites avec des débris de tissus et les cultures, n'ont pas provoqué de la gangrène. Néanmoins, en me basant sur sa pullulation dans les tissus avoisinants, je crois que le streptotrix que je viens de décrire joue un rôle dans la genèse du noma, affection qui, contrairement à l'opinion de certains auteurs, n'a rien de commun avec la diphtérie.

M. Sainter (de Kœnigsberg). — J'ai trouvé dans trois cas de noma un microbe identique à celui que vient de signaler M. Perthes, mais il m'a été impossible de le déceler dans deux autres faits. Je n'ai pas pu obtenir de cultures, ni inoculer la maladie à des animaux.

Un cas d'œsophagotomie combinée avec la thyroïdectomie.

M. Cahen (de Cologne). — J'ai opéré un sujet *ayant avalé un dentier* qui s'était arrêté dans l'œsophage à une distance de 19 centimètres de l'arcade dentaire. On percevait, à la palpation, un corps dur au niveau de la glande thyroïde, légèrement hypertrophiée. Ce corps résistant fut pris pour une proéminence du dentier.

Je fis l'œsophagotomie et constatai qu'il s'agissait d'un nodule calcifié du goitre ; je pratiquai alors la thyroïdectomie et je pus m'assurer ensuite que le dentier avait perforé l'œsophage.

L'extraction du corps étranger, suivie d'un tamponnement de la plaie, amena la guérison sans incident.

Digitized by Google

CORRESPONDANCE

Proposition du Dr J. Bouger (d'Angoulême) à propos de l'anesthésie locale en chirurgie dentaire.

L'anesthésie locale pour l'extraction des dents est aujourd'hui journellement pratiquée et parmi les différents anesthésiques usités, on peut dire que le chlorhydrate de cocaïne est, de beaucoup, le plus fréquemment employé. A de très rares exceptions près, c'est à cet alcaloïde que les opérateurs ont recours chaque fois qu'ils se proposent d'extraire une dent sans provoquer de douleurs.

Comment se fait-il, dès lors, que les praticiens ne se soient pas encore entendus sur le titre de la solution et sur la quantité de principe actif qu'il convient d'injecter?

Ce serait pourtant là une question digne à tous égards d'attirer l'attention des spécialistes. Or, sur cette question, intéressante au premier chef, nous pouvons dire *quot capita tot census*, autant d'opérateurs, autant d'avis différents. Chacun a sa façon de faire, son mode de procéder différant toujours, plus ou moins, de la façon et du mode d'agir du voisin.

Je ne passerai pas en revue tous les auteurs qui ont donné leur opinion sur la technique des injections sous-gingivales de chlorhydrate de cocaïne, qu'il me suffise de citer l'avis de quelques auteurs et on sera surpris de la divergence d'opinion qui existe entre ces divers auteurs tous également compétents, tous également recommandables.

M. le Professeur Reclus, un maître en la matière, n'admet qu'une solution à 1 0/0 (*La cocaïne en chirurgie*, p. 75). M. le Docteur Cruet, chef du service dentaire de l'hôpital de la Charité, conseille une solution à 1/70e et il dit que la dose d'alcaloïde à injecter ne doit jamais dépasser un

Digitized by Google

centigramme (*Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche*, p. 322).

M. Gourc adopte la solution à 2 1/2 0/0 et il injecte dans la gencive deux grammes de sa solution, soit cinq centigrammes de cocaïne (*Revue de stomatologie*, p. 99).

M. Rodier mélange deux centigrammes de cocaïne à un centigramme d'eucaïne dans un gramme d'eau, ce qui fait une solution à 3 0/0, deux pour cent de cocaïne et un pour cent d'eucaïne (*Revue de stomatologie*, p. 99).

M. Viau divise un gramme de chlorhydrate de cocaïne en 33 paquets, ce qui fait des paquets de 0 gr. 033 et il noie un de ces paquets dans 1 gramme d'une solution phéniquée ; voilà une solution à un peu plus de 3 0/0 et la dose de cocaïne injectée sera de 3 centigrammes et quelques milligrammes (*Formulaire*, p. 464).

M. Maurice Roy préconise une solution à 1 0/0 et il en injecte deux centimètres cubes (*Thérapeutique de la bouche et des dents*, p. 256).

M. Thomson dit : le titre de la solution ne dépassera pas 3 0/0 et la dose à injecter est de 1 à 5 centigrammes (*Formulaire*, p. 276).

Nous pourrions citer d'autres auteurs, on constaterait toujours, entre eux, des divergences d'opinion.

Il serait pourtant intéressant de savoir ce qu'il y a de mieux à faire. Le titre doit-il être à 1 0/0, au 1/70e à 3 0/0, à plus de 3 0/0 ? Doit-on injecter, comme le dit M. Cruet, au maximum, 1 centigramme 1/2 à 2 centigrammes ? peut-on, au contraire, comme d'autres le font, aller jusqu'à 3, 4 et même 5 centigrammes ? Voilà ce qu'il faudrait savoir et il serait bon qu'une société savante, la Société de stomatologie par exemple, prît la question en main, que tous les stomatologistes, soucieux de leur propre intérêt, lui apportassent le fruit de leurs observations personnelles, qu'elle les réunît, les comparât, les discutât et qu'elle nous dît après : « *voilà le titre de la solution et les doses injectables qui offrent et le plus de sécurité et les chances de succès les plus sérieuses.*

Je commence, moi-même, par l'apport du résultat de mes observations personnelles basées sur près de six

Digitized by Google

cents extractions pour lesquelles j'ai pratiqué l'anesthésie locale.

J'ai employé la solution à 1 0/0 et j'injectais deux centimètres cubes, soit deux centigrammes de cocaïne ; j'ai eu quelques échecs et beaucoup de succès. J'ai essayé la solution à 2 0/0 ; j'ai toujours supprimé la douleur, mais j'ai eu, trois ou quatre fois, à enregistrer des accidents légers, il est vrai, mais qui pouvaient toutefois être mis sur le compte de l'intoxication cocaïnique. Enfin je me suis depuis longtemps arrêté à la solution intermédiaire au titre de 1 1/2 pour cent. Sur 7 centigrammes 1/2 de chlorhydrate de cocaïne, je verse cinq seringues de Pravaz d'eau bouillie et j'injecte, suivant les cas, une seringue, une seringue et demie et même deux seringues de ma solution, mais jamais plus. La quantité de principe actif injecté oscille donc, pour moi, entre 1 centigramme et demi et 3 centigrammes. Cette façon de procéder m'a toujours réussi ; toujours j'ai obtenu une anesthésie suffisante et jamais je n'ai eu à noter d'accidents ; voilà pourquoi je la préconise, sans cependant prétendre que ce soit la meilleure, et c'est pour cela que je demande à de plus compétents que moi de discuter la question et de nous dire ce qu'il y a de mieux à faire.

Digitized by Google

PRATIQUE COURANTE (1)

Parmi les divers procédés employés pour obtenir *l'analgésie dans les cas de dentine sensible*, peu ont donné des résultats certains. L'application de créosote ou d'acide phénique dans la cavité, même après dessiccation complète, est la plupart du temps insuffisante. Le produit connu sous le nom d'obtundant de Robinson, et qui se compose de parties égales de potasse caustique et d'acide phénique, donne assez souvent de bons résultats, mais il a quelquefois l'inconvénient de produire de la douleur par sa simple application.

M. W. J. Evans (D. D. S.) de New-York prétend avoir employé avec un succès presque constant une solution éthérée de chlorhydrate de cocaïne. Cette solution, qu'il appelle la vapocaïne, est à 50 0/0.

Le Dr W. Herbst de Brême conseille le procédé suivant : Après avoir séché la cavité, on la touche avec un coton trempé dans une solution de cocaïne à 10 0/0, puis avec un autre coton trempé dans une solution de 1 gramme de bromure de potassium dans un mélange de :

Acide sulfurique . . . . . 1 cc.
Ether sulfurique . . . . . 2 cc.

Ces attouchements que l'on répète plusieurs fois, permettent de préparer la cavité sans grande douleur, même en cas de dentine très sensible. L'emploi de la digue est spécialement recommandé dans ce cas, en raison du mauvais goût du bromure.

(1) Nous publions sous ce titre des procédés pratiques, quelquefois nouveaux, souvent déjà connus, mais qu'il y a un intérêt professionnel à répandre. Nous prions instamment nos lecteurs de nous envoyer toutes les choses de pratique courante qui pourraient intéresser leurs coabonnés.

Nous nous ferons aussi un plaisir de répondre aux questions que l'on nous posera sur les incidents de pratique et de donner les renseignements qu'on nous demandera, essayant ainsi d'être utiles à tous.

Digitized by Google

On aura soin, avant de commencer l'obturation, de laver la cavité à l'alcool, afin d'enlever l'enduit occasionné par la dissolution de la dentine cariée par l'acide sulfurique.

Si l'on se sert du moyen sus-indiqué sans mettre la digue, il est bon d'exprimer soigneusement le coton trempé dans la solution, et de chauffer légèrement le coton cocaïné avant de le porter dans la cavité.

Un moyen plus simple encore, donné par le Dr Herbst pour atténuer la sensibilité de la dentine, est de mettre dans la cavité un coton trempé dans de l'alcool ou de l'eau de Cologne, et de produire l'évaporation en appuyant sur le coton une pointe rougie de galvano-cautère, ou une spatule chauffée au rouge.

Digitized by Google

ANALYSES

Tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu. Les adresser au secrétaire de la Rédaction.

L'eau oxygénée contre la stomatite mercurielle.

M. Lenz (de Moscou) se basant sur de nombreuses observations, regarde, avec Bœnnocken, le peroxyde d'hydrogène (eau oxygénée) comme le meilleur traitement local de la stomatite mercurielle. Un gargarisme de 2 0/0 de peroxyde d'hydrogène détruit rapidement l'haleine fétide propre à l'inflammation mercurielle de la cavité buccale, débarrasse les bords des gencives des produits de décomposition qui les recouvrent et en amène en peu de temps la guérison.

Nous croyons, nous aussi, que le peroxyde d'hydrogène est un excellent antiseptique et antiputrescent à employer dans le traitement de la stomatite mercurielle ; mais le traitement ne sera complet, que si l'on procède au traitement des caries, et au nettoyage absolu des dents. P. G.

Érosion dentaire et tuberculose, par le Dr Georges Petit, médecin de l'hôpital d'Ormesson.

Le Dr G. Petit, frappé de la grande fréquence de l'érosion dentaire chez les enfants tuberculeux, s'est efforcé d'en étudier les symptômes et d'en rechercher la cause. Il a examiné cent enfants de 5 à 16 ans dont :

63 étaient atteints de tuberculose pulmonaire,

12 de tuberculose osseuse,

25 étaient des héréditaires, des « *candidats* » qui médicalement pouvaient être classés dans les anémiques et les strumeux. Chez tous, il y avait coexistence de l'érosion et de la tuberculose. L'auteur en conclut que « *l'érosion dentaire chez l'enfant doit être considérée comme un signe complémentaire et positif de tuberculose* ».

Pour défendre son opinion, M. G. Petit passe en revue les théories des divers auteurs sur l'érosion dentaire : Fauchard, Malbon, Tones et Broca qui en fait une conséquence des maladies de l'enfance et en particulier des fièvres éruptives ; Hutchinson qui en fait une manifestation constante de la syphilis ; Fournier qui en fait une lésion banale, témoignant d'un trou-

Digitized by Google

ble nutritif survenu dans le jeune âge. — Le Dr G. Petit se range à l'avis de M. Maire (1), qui considère les théories généralement admises comme trop exclusives, et admet que l'érosion ne peut dépendre que d'une cause constitutionnelle, et est le résultat d'une affection générale déterminant un arrêt dans la calcification des tissus dentaires. — Le Dr Julien Tellier, qui se rattache à cette opinion, fait jouer un rôle trop exclusif au rachitisme, tandis que Comby, dont l'affirmation fait autorité en pareille matière, dit que l'érosion est exceptionnelle chez les rachitiques. M. G. Petit ne l'a jamais rencontrée chez ces sujets, malgré des recherches persévérantes et méticuleuses. En revanche, l'érosion est très fréquente chez les enfants tuberculeux, et sa présence chez un sujet jeune, anémié, débilité, scrofuleux, strumeux ou rachitique, doit éveiller l'attention de l'observateur, et l'obliger à rechercher avec soin s'il n'existe pas de symptômes susceptibles de faire porter le diagnostic de tuberculose.

L'auteur conclut : « Quoi qu'il en soit, nous ne saurions tirer de nos observations autre chose que la conclusion suivante : *l'érosion dentaire de l'enfant est un des signes qui doivent entrer en ligne de compte, dans le diagnostic précoce de la tuberculose.* » P. G.

Un cas de dent inversée dans les fosses nasales, par Posthumus Meyjes (*Monats. f. Ohrenheilk.*).

Il arrive, comme Soltez l'aurait signalé le premier, que le germe d'une dent subisse un déplacement de 180°, de sorte, qu'au lieu de pousser vers la bouche, la dent pénètre, par exemple, dans une fosse nasale.

Chez les sujets observés par Soltez et Zuckerkandl la dent inversée n'était pas supplémentaire et manquait au niveau de la mâchoire. Les dents étaient au complet chez le jeune homme de Meyjes, un jeune homme de 19 ans. A noter que ce malade s'était déjà fait arracher plusieurs dents supplémentaires au niveau de la mâchoire supérieure.

De l'influence de la grossesse sur les dents, par le Dr Terrier.

Le dicton populaire : *Chaque enfant coûte une dent à sa mère*, doit être ainsi expliqué :

Pendant la gestation, la dentition de la femme est mise en état d'infériorité par des causes d'ordre local et général.

(1) Thèse Paris, 1898.

Digitized by Google

L'auto-intoxication, l'hépatotoxémie gravidique troublent la nutrition de tous les tissus et donnent un champ plus libre aux ravages des micro-organismes. La dent elle-même participe à ce trouble et sa constitution chimique subit des modifications importantes. Le fluorure de calcium en particulier, élément principal de la dureté des dents, est diminué dans des proportions considérables. Il en est de même du chlorure de calcium.

Les fibres nerveuses dentaires participent à l'impressionnabilité plus grande du système nerveux général, d'où les névralgies fréquentes de la grossesse (gingivites). A la fin de la gestation une partie des sels de chaux nécessaires est détournée pour la formation des points d'ossification du fœtus.

Depuis longtemps on a signalé l'état congestif des gencives qui favorise les fermentations acides au niveau du collet. Ces fermentations acides dissolvent les sels minéraux des dents et favorisent la pullulation des micro-organismes. Une hygiène buccale mal comprise permet aux produits de ces bactéries d'amener la carie.

Ces accidents dentaires devront être prévenus et enrayés.

Toute femme enceinte devra dès le début de la grossesse maintenir la bouche en état de propreté constante à l'aide de savonnages fréquents et de gargarismes alcalins. Le tartre sera enlevé, les gencives soignées, les dents malades obturées, les chicots extirpés.

Les soins hygiéniques de la bouche (savonnages et gargarismes) seront méthodiquement institués pendant toute la durée de la grossesse et de l'allaitement.

Dr G.

L'analgésie localisée.

Le *Bulletin Médical* publie (numéros des 1er et 4 mars) deux leçons de M. le Prof. Pouchet sur : l'Analgésie localisée. — Technique des procédés utilisant la cocaïne. La méthode de Reclus y est décrite d'une façon très précise et résumée en ces formules : « *Dose faible, titre faible, injection traçante* ». Ces leçons contiennent trop de choses pour être analysées. Il faut les lire d'un bout à l'autre.

Du rôle de la mastication et du sac folliculaire, dans l'ascension des dents

par le Dr P. Robin (thèse de Paris, 1899).

Dans sa thèse où l'on voit constamment le souci de ne pas laisser la pathologie dentaire s'écarter des règles de la patholo-

Digitized by Google

gie générale, dont il faut louer l'esprit de l'auteur, le docteur P. Robin s'est proposé de montrer qu'au développement des dents préside une cause physiologique constante, qui est la fonction de la mastication. Et l'on est tout d'abord surpris que l'application à l'évolution dentaire du principe : la fonction fait l'organe, ait été laissée de côté par les anatomistes.

Les preuves apportées à l'appui de cette thèse par M. le Dr Robin sont empruntées à l'anatomie comparée, à l'ethnologie, à la pathologie dentaire, à l'expérimentation.

L'anatomie comparée et l'ethnologie montrent le système dentaire d'autant plus puissant que la préparation des aliments sera plus rudimentaire, adaptée à la nourriture habituelle. Les maxillaires participent à cette adaptation, qui peut être expliquée en cette simple formule : Le développement des organes de la mastication est sous l'influence directe de la perfection de la mastication : l'acte de la mastication lui-même, et par suite la puissance masticatrice étant réglée par le « sens dentaire ».

Après avoir exposé ses preuves d'ordre général, M. le Dr Robin étudie en détail le développement des dents, d'abord dans une « période folliculaire », qui se termine au moment où la dent perfore le sac folliculaire, pris dans une « période masticatrice », qui suit ce moment. La mastication, d'après le Dr Robin, intervient comme cause de l'évolution dentaire dès la 1re période, avant que la dent ne puisse efficacement triturer les aliments, alors que le germe dentaire, encore recouvert de parties molles, subit déjà des pressions pendant les mouvements de succion ou de mâchonnement de l'enfant ou du jeune animal. Pendant la calcification, le fait est des plus facile, à constater.

Au cours de cette démonstration, le Dr Robin éclaircit un point intéressant d'anatomie, en démontrant avec expériences à l'appui que : 1° dans la perforation de la gencive, le sac folliculaire est le dernier organe qui se perfore, et que, en outre, il n'y a pas ulcération, comme on l'a décrit.

2° Il n'y a pas lieu de décrire une période de reconstitution de l'alvéole, celle-ci n'ayant jamais disparu. Ce chapitre constitue l'une des parties les plus originales de l'ouvrage du Dr Robin.

Pendant la période masticatrice, l'auteur nous montre que le développement et la conservation de la dent sont encore sous la dépendance de la mastication, ainsi que le tissu osseux alvéolaire.

Elle intervient d'abord pendant le développement des racines, incomplètes au moment de l'émergence de la couronne. On peut

Digitized by Google

expliquer, en outre, par cette influence constante, l'expulsion d'une dent devenue inactive, faute d'antagoniste, ou au contraire, la conservation d'une dent morte mais utile à la mastication ; les déformations des maxillaires chez les édentés pourvus d'appareils prothétiques. Les anomalies d'éruption et la présence de dents incluses dans les maxillaires sont expliquées par le rôle du sac folliculaire des dents de lait, la mastication intervient aussi efficacement, aucune théorie n'explique aussi bien cette résorption et ne s'accorde avec les faits que celle soutenue par le Dr Robin. Sous « l'influence de la mastication », le sac folliculaire de la dent permanente est le sujet d'une formation de tissu embryonnaire (*fongus* du traité d'anatomie dentaire), au contact duquel se résorbent les racines de lait.

Cette analyse trop succincte suffit à exposer les théories du Dr Robin et à en faire apprécier la nouveauté. Les recherches anatomiques et expérimentales ne sont que les premières de celles que l'auteur se propose de poursuivre, nous dit-il dans sa préface ; on ne peut qu'en attendre impatiemment le résultat.

H. Minet.

Étude du tic douloureux de la face, par le Dr Maurice Gaumeray (Paris, 1899).

Le tic douloureux de la face est une névralgie du trijumeau, aux symptômes de laquelle vient s'ajouter parfois un élément convulsif, ce qui a amené certains auteurs à faire de la forme convulsive une entité morbide particulière. Le nerf trijumeau est le seul atteint ; cependant il est possible que l'élément convulsif soit sous la dépendance d'un réflexe auquel le facial préside. Les connexions ganglionnaires et intra-bulbaires du nerf de la 5e paire étant nombreuses, expliquent la multiplicité des irradiations sensitives et motrices que l'on rencontre dans cette affection.

M. Gaumeray attribue au tic douloureux une origine périphérique, liée le plus fréquemment à une lésion du système dentaire. Mais quelle lésion ? Compression des filets nerveux (Cros) ou bien névromes des terminaisons nerveuses (Duplay), ou bien lésion survenue dans la cicatrice qui succède à l'extraction dans les arthrites alvéolo-dentaires (Jarre) ? Avec M. le Dr Cruet l'inspirateur de sa thèse, M. Gaumeray admet l'infection nécessaire, mais « celui-ci peut se produire lorsque la dent est encore en place et que les altérations nerveuses in-

Digitized by Google

dispensables, en définitive, pour produire le tic douloureux, peuvent provenir de l'infection, sans une cicatrisation ». Et en effet, l'avulsion d'une ou de plusieurs dents, ou d'une racine a été souvent suivie de la cessation complète et définitive de tous les phénomènes douloureux. Lorsque les dents sont encore en place, les lésions pathogéniques peuvent être ramenées à la seule névrite ascendante.

Il y aurait formation de noyaux de dentine secondaire au milieu de la pulpe et, peu à peu, au milieu des fibres du tronc nerveux, par exagération de l'activité physiologique de la pulpe causée probablement par l'infection ; dans les cas paroxystiques, la névrite gagnerait de proche en proche le noyau d'origine du trijumeau ; une pulpe infectée sous un plombage, la présence du tartre, l'infection due aux gingivites peuvent être le point de départ de cette névrite.

Lorsque les dents sont absentes, la variété du tic douloureux qu'on a appelée la « névralgie des édentés » pourrait être attribuée aux désordres de la région gingivo-dentaire produits par la pyorrhée alvéolaire, qui a dans la plupart des cas provoqué la chute des dents.

Après avoir fait le diagnostic différentiel entre la névralgie faciale simple et le tic douloureux non convulsif, l'auteur déplore que les patients ne s'adressent pas de préférence et en premier lieu au stomatologiste dont les moyens d'exploration buccale sont beaucoup plus puissants que ceux d'un praticien ordinaire.

Si l'on excepte certains cas paroxystiques, heureusement rares, cités par l'auteur, on peut poser en principe que le tic douloureux est guérissable.

Lorsqu'on se trouve en présence de dents atteintes de pyorrhée alvéolaire et de gingivite concomitante, le traitement rationnel le plus rapide et le plus simple dans le cas de tic douloureux consiste à enlever les dents et à faire une asepsie buccale rigoureuse : toutefois, ce moyen radical peut effrayer, on fera alors précéder l'avulsion de soins antiseptiques tendant à faire rétrocéder l'affection.

Dans le cas où la cause du tic douloureux semble résider dans une dent malade (carie, périostite, etc.), on pratiquera immédiatement l'extraction et on la fera suivre de lavages antiseptiques.

La méthode thérapeutique rationnelle, lorsqu'on se trouve en face d'un tic douloureux, dont l'origine dentaire est toujours

Digitized by Google

probable, malgré l'absence de dents (névralgie des édentés), doit consister en allant du simple au composé :

1° En l'incision des parties molles, suivie de cautérisation profonde, suivant la technique indiquée par le Dr Cruet.

2° Si cette opération n'est pas suffisante, l'intervention consistera en la résection des tissus mous et des tissus osseux au niveau de l'alvéole incriminé, suivant le procédé décrit par le Dr Jarre.

Ce n'est qu'après avoir employé ces deux méthodes en fait simples et non suivies de mutilations qu'on serait autorisé à recourir à des interventions plus compliquées que nous avons énumérées au cours de ce travail.

Dr A. B.

NOUVELLES

Le service médical de l'Amirauté anglaise vient de publier une circulaire (avril 1899) relative à l'état de la bouche des marins anglais.

a) Sept dents défectueuses ou manquantes chez les hommes âgés de moins de soixante-dix ans à leur entrée dans la marine de guerre ; dix dents défectueuses ou manquantes, chez les hommes qui ont dépassé cet âge, les disqualifient.

b) Ces deux classes d'hommes doivent posséder au moins quatre molaires opposantes absolument saines, soit deux à chaque mâchoire ; et quatre incisives également opposantes,

c) Une dent est considérée défectueuse quand elle ne peut pas être rendue propre à un service permanent par les soins d'un dentiste.

d) Dans tous les cas, on doit faire une grande attention à l'état de ces dents, et elles doivent pouvoir durer au moins douze ans. On tiendra compte des dents qui ne sont pas encore poussées (excepté les dents de sagesse).

e) Les dents artificielles ne seront pas admises.

Digitized by Google

CLIENTÈLES

Un docteur faisant environ 4.000 francs d'affaires (2e année), ne devant rester à Paris que quelques années seulement et ne voulant point par suite faire des frais d'installation, accepterait collaboration, même à titre gracieux. Peut surveiller et faire des travaux d'atelier.

(*S'adresser au bureau du Journal.*)

A céder dans une station hivernale méditerranéenne un cabinet de docteur-dentiste d'un produit annuel de 35 à 40.000 francs. Conditions à débattre.

(*S'adresser au bureau du Journal.*)

NÉCROLOGIE

Cayetano Frivigno, le fondateur de la profession dentaire en Espagne, vient de mourir à Madrid.

Né en 1829 à Aldedre (Grenade), Frivigno s'établit dentiste à Malaga, puis en 1866 il alla s'installer dans la capitale de l'Espagne où il devint bientôt célèbre.

En 1872, il fonda la *Revista Odontologica* qu'il dirigea pendant 12 ans et dans laquelle il défendit les intérêts de sa profession avec grand talent et une énergie telle qu'en 1875 il obtint du ministre de l'instruction publique la création du diplôme de chirurgien-dentiste et la réglementation de l'exercice de l'art dentaire dans l'Espagne et ses colonies.

C'est lui qui fonda l'Ecole Dentaire espagnole dont il fut longtemps le directeur, on lui doit le premier ouvrage sérieux écrit en espagnol sur l'odontologie, l'*El Cirujano Dentista*, ouvrage en deux volumes de 400 pages chacun et le *Vade-mecum del cirujano dentista* qu'il publia plus tard.

Frivigno avait fait fortune avec sa profession, il y avait seulement trois ans qu'il s'était retiré et il vient de mourir pauvre à l'âge de 70 ans.

Il s'était marié deux fois et avait eu 24 enfants. Cinq de ses fils et deux de ses gendres sont dentistes.

Digitized by Google

MÉMOIRES ORIGINAUX

COUP D'ŒIL SUR LES GLOSSOPATHIES, SUR QUELQUES-UNES DE LEURS FORMES CHRONIQUES, NOTAMMENT SUR LA LEUCOPLASIE (1)

PAR

Barthélemy.

Messieurs,

Je vous demande la permission d'exposer devant vous quelques faits relatifs aux glossopathies, parce que le diagnostic de ces lésions constitue certainement une des difficultés de la pratique médicale.

Les *maladies de la peau* sont depuis longtemps étudiées. Certes toutes les obscurités n'ont pas été dissipées ; mais on sait du moins où gisent les inconnues et l'on est bien d'accord pour reconnaître les difficultés, chaque fois que les amènent les hasards de la clinique.

Il n'en est plus de même pour les *affections des muqueuses*, dont il n'y a qu'un petit nombre qu'il soit actuellement possible de diagnostiquer d'une manière formelle par des caractères propres bien élucidés, nettement formulés, unanimement et chaque fois reconnus. La plupart du temps les diagnostics sont faits avec réserve, grâce aux antécédents, grâce aux circonstances extrinsèques, etc., selon l'impression et au gré de l'interprétation de chacun ; là par conséquent règne l'incertitude sinon la confusion. Les observateurs sont en désaccord parce que la base fait défaut et que manquent les faits positifs où solidement asseoir la vérité clinique définitive, celle qui n'est ni éphémère ni fugace, mais au contraire celle qui est digne d'être léguée traditionnellement.

Pour atteindre ce résultat, il faut encore multiplier les observations, serrer les faits de près, avec exactitude et

(1) Communication faite à la Société de stomatologie.

Digitized by Google

précision ; quand on aura reconnu rigoureusement que certaines lésions se retrouvent toujours dans des conditions identiques bien déterminées, on pourra conclure, sans hâte et avec chance d'éviter les causes d'erreur.

Ce ne sera pas là un des moindres services qu'est appelée à rendre à la science médicale la *Société de stomatologie* que vous avez eu la bonne idée et le mérite de fonder.

Chez le nouveau-né, Parrot a jadis décrit les *plaques ptérygoïdiennes*, les attribuant à l'athrepsie ; on les range maintenant dans la classe des sphacèles superficiels d'origine streptococcique, par exemple. En passant, je signalerai *l'angine de Ludwig*, qui détermine assez fréquemment la tuméfaction de la langue et à laquelle ont pu succomber un certain nombre de jeunes enfants, cas sur lesquels M. le Dr Bar doit faire ici, je crois, une communication.

Chez les jeunes enfants, il y a aussi des lésions linguales qui ne sont même pas décrites. Il me souvient d'avoir vu précisément avec le Dr Bar une glossite lardacée, pseudo-membraneuse, non diphtéritique, non herpétique, non ulcéro-membraneuse, non syphilitique, etc., ne répondant à rien qui soit actuellement connu.

Chez les vieillards, il y a des scléroses de la muqueuse qu'il faut également mieux analyser qu'elles n'ont été jusqu'à ce jour. Il y a surtout chez eux des troubles locaux sensitifs, parfois très pénibles, paroxystiques, relevant de l'artériosclérose généralisée ; telle, cette variété de *glossodynie* que votre honoré Président, M. le Dr Cruet, a très heureusement comparée au tic douloureux de la face et qui en comporte toute la valeur pronostique.

Chez les *névropathes*, sans parler des paralysies de la langue, des atrophies totales ou partielles, on observe un tout autre groupe de glossodynies qu'il y a lieu de soumettre à des descriptions précises et à faire émerger des énonciations vagues. Je me rappelle un névropathe, commerçant préoccupé par des affaires longtemps difficiles, qui, pendant plus de deux années, fut incessamment tourmenté par les sensations les plus pénibles dans le tiers antérieur de la langue, aussi bien à droite qu'à gauche, quoique l'organe fût en apparence absolument normal.

Digitized by Google

Cette affection, très réelle, ne guérit que quand l'état général eut été modifié et amélioré.

Dernièrement encore, j'ai eu occasion de voir un malade atteint d'idée fixe, au début probable d'une démence de persécution et de mélancolie, ou symptomatique d'une neurasthénie hypocardiaque, qui se croyait perdu, parce qu'une femme avait touché de sa langue l'extrémité de la sienne et qu'il ressentait en permanence des picotements et des élancements, phénomènes précurseurs, à son avis, de souffrances terribles ; cette idée troublait non seulement son sommeil, mais son existence. Le malade indiquait, comme siège principal de son mal, l'extrémité gauche de sa langue qui était absolument saine en apparence et qui ne put être délivrée de sa névralgie que par des injections interstitielles d'une solution de cocaïne au 100°. Ce fait me rappelle une autre observation d'un jeune homme aliéné qui, ressentant d'intenses névralgies nettement et exclusivement localisées dans le côté gauche de la langue, se croyait persécuté et en but à d'incessantes décharges électriques.

Les laryngologistes voient fréquemment de ces faits pathologiques, ainsi que ceux qui siègent sur le palais, le voile, les piliers, les amygdales, affections qui sont incontestablement du ressort de la stomatologie plus que de la laryngologie. Toutes ces affections doivent être remises à l'étude.

Dans d'autres cas, les lésions apparentes de la muqueuse, pour être minimes, n'en sont pas moins réelles. La langue un peu tuméfiée, épaissie et allongée, vient se mouler contre les arcades dentaires dont les saillies et les dépressions restent imprimées sur les bords et sur l'extrémité antérieure de la langue ; de là l'aspect dit crénelé, les interstices dentaires restant marqués sur la langue par de fines saillies correspondantes et verticales de la muqueuse. En même temps on aperçoit, sur les faces latérales surtout, plusieurs liserés, minces, grisâtres, linéaires ou tortueux, hémicerclés ou semi-lunaires, affectant la disposition figurée, en sens inverse les uns des autres, tous mobiles d'ailleurs d'un jour à l'autre, symptômes auxquels on re-

Digitized by Google

connaîtra sûrement la *glossite exfoliatrice marginée*, qui, si syphiloïde soit-elle, n'a pourtant, quand elle est seule, rien de syphilitique.

La preuve que la glossodynie signalée plus haut est surtout simple prétexte à manifestations pour la névrose psychique, c'est qu'un grand nombre de personnes, mentalement saines, sont atteintes de cette même *glossite épithéliale desquamative et dépapillante*, sans que les sensations anormales, malgré l'extrême durée (20 ou 25 ans) de certaines de ces formes, soient jamais autres que de simples picotements et qu'une sensibilité plus vive aux acides, à la chaleur, au tabac, aux alcools, etc. (ce qui n'empêche pas deux de mes malades atteints de cette variété de glossite, d'être des alcooliques et des fumeurs invétérés). Même dans ces conditions, il n'y a pas de ces continuels élancements, en gerbes, en fusées, en faisceaux d'aiguilles dont se plaignent tant les pauvres névrosés. Plusieurs sont dyspeptiques et hypocondriaques.

La difficulté commence seulement quand on a à apprécier la valeur pathologique des lésions précédentes développées sur ces langues congénitalement vulnérables, dont les plis sont à la fois plus nombreux et plus profonds, langue *scrotale* selon l'expression lyonnaise. La difficulté augmente quand la langue scrotale, atteinte de glossite épithéliale marginée, exfoliatrice ou desquamative, est en même temps le siège des multiples lésions de la période secondaire de la syphilis : érosions, fentes longitudinales, fissures, zones dépapillées en prairies fauchées, plaques lisses et plaques tuméfiées et suintantes ou plaques muqueuses, avec des points érosifs ou ulcéreux çà et là...., toutes lésions créant la douleur, faisant saigner et saliver, gênant la parole et la déglutition, etc. En dépit de leur extrême superficialité, ces lésions sont souvent redoutables : elles passent, elles reviennent ; elles disparaissent encore pour toujours récidiver aussitôt que le traitement spécifique habituel a cessé et elles ont pu ainsi persister pendant plus de 6, 10 et 14 ans. Nous avons main-

Digitized by Google

tenant dans les injections mercurielles insolubles d'huile grise ou d'huile calomélique un bon moyen de combattre ces cas si tenaces et si insidieux, qui perpétuent le péril syphilitique et la contagion (V. *Soc. de dermat.*, 1896). Mais même quand il n'y a pas de syphilis, il ne faut pas confondre ces liserés grisâtres et finement saillants, mobiles dans leurs dispositions, tortueux et hémicerclés, avec ces enduits blanchâtres, crémeux que l'on observe parfois sur la langue, mais surtout au niveau des commissures labiales et à la face interne des joues. Cette région est manifestement un point faible, un *locus minoris resistentiæ*, en tout cas un endroit favorable au développement de toutes sortes de lésions, syphilis, tuberculose, épithélioma, eczéma, lichen, leucoplasies, etc., ou encore d'enduits champignonneux, mycosiques, qui sont tout autre chose que du muguet ; ce serait plutôt le pendant de ce qu'on décrit sur la peau sous le nom de pityriaris versicolore, sans qu'on puisse encore savoir à quelle variété mycosique (tant est encore confuse la bactériologie buccale),on peut sûrement l'attribuer. Et je ne parle ni de la perlèche ni des lésions commissurales *externes*, herpétiques et autres.

La *syphilis* atteint la *langue* à toutes les périodes, ainsi que le prouvent les statistiques : sur 847 cas de chancres syphilitiques de la bouche, M. le professeur Fournier a trouvé 567 chancres des lèvres, 75 chancres de la langue, 69 des amygdales, 11 des gencives, 4 du palais et du voile, un seul de la muqueuse des joues : voilà pour la syphilis primaire. Voici d'autre part deux statistiques de Saint-Lazare, l'une de mon collègue le Dr Jullien, l'autre de mon service. Ces statistiques ont été dressées par notre excellent interne, M. Bonel. Elles sont intéressantes pour quiconque veut se rendre compte de la fréquence des lésions linguales pour les étudier pendant la période secondaire de la syphilis. L'examen de la bouche est certainement un des meilleurs moyens d'arriver au diagnostic de la syphilis.

Digitized by Google

STATISTIQUE DE SAINT-LAZARE, par M. BONEL, interne du service.

A. — *Service de M. le Dr Barthélemy* (1892-99).

1° Femmes syphilitiques et blennorrhagiques. .	496
2° Femmes atteintes de blennorrhagie seule . .	451
Total	947

1° Femmes syphilitiques :

I. Lésions syphilitiques de la langue non compris les cas de leucoplasie qui est généralement une manifestation tardive de syphilis.

31 cas de la période secondaire ainsi répartis :

19 plaques muqueuses variées,dont 3 cas de leucoglossie disséminée ;

4 syphilides papulo-érosives associées à des lésions simples de la langue ;

1 papulo-hypertrophique ;

4 plaques dépapillantes (prairie fauchée) ;

1 syphilide papulo-circinée secondaire ;

2 cas de glossite lisse chronique totale nettement syphilitique ;

2 cas de glossite scléro-ulcéreuse de la période secondo-tertiaire ;

A noter dans ce milieu, où l'hystérie est fréquente, l'absence de tout cas de glossodynie.

5 cas de syphilis linguale tertiaire, à savoir :

2 glossites, circonscrite ou en ilots scléreux ;

1 glossite ulcéreuse et scléreuse généralisée :

2 glossites gommeuses.

Total 38.

II. Lésions non syphilitiques de la langue chez des femmes syphilitiques ou non.

15 cas qui se décomposent de la façon suivante :

6 cas : glossite exfoliatrice ou desquamative, dépapillante, marginée, non syphilitique, mais prise au dispensaire pour des lésions secondaires :

2 cas de dépapillation simple d'origine dyspeptique;

2 glossites non syphilitiques (tabac, alcool) ;

1 fissure non spécifique (aphtite ou herpès) ;

2 ulcérations simples prises pour des plaques ;

Digitized by Google

2 cas de glossite scrotale (malformation congénitale, lésions par mauvaises dents).

Soit un total de 53 cas de lésions linguales sur 947 malades examinées.

B. — *Service de M. le Dr Jullien, portant sur quatre années seulement.*

Femmes syphilitiques.	178
Femmes blennorrhagiques	248
Soit un total de.	426 malades

1° Lésions linguales syphilitiques.

42 cas de la période secondaire ainsi répartis :

19 plaques muqueuses ;
1 ulcération secondaire herpétiforme ;
12 syphilides dépapillantes ;
1 syphilide dépapillante simulant la glossite exfoliatrice marginée ;
1 papulo-érosive ;
1 proliférative épithéliale chez une syphilitique fumeuse ;
1 fissure secondaire ;
4 infiltrations secondaires ;
2 hypertrophiques et papillaires ;
1 cas de glossite scléreuse tertiaire ;

Soit un total de 43 cas sur 178 malades syphilitiques examinées au point de vue de la langue. Des lésions de nature différente se trouvent parfois associées.

2° Lésions linguales non syphilitiques.

1 plaque lisse non syphilitique ;
1 aphthe chez une syphilitique ;
1 langue fissuraire congénitale ;
1 plaque lisse dépapillante non syphilitique ;
2 glossites exfoliatrices marginées prises au dispensaire pour des accidents secondaires chez des femmes non syphilitiques mais blennorrhagiques ;
1 glossite exfoliatrice marginée non syphilitique chez une femme syphilitique (lésions antérieures à la syphilis).

Soit 7 cas sur un total de 426 malades.

Ces deux statistiques ne donnent pas des résultats comparables, elles semblent montrer la mobilité extrême des lésions linguales de la période secondaire qui varient avec

Digitized by Google

les périodes d'observation. Chez la femme, la syphilis est bien plus génitale que linguale. Il y a pourtant encore 80 cas de lésions linguales secondaires sur 674 femmes syphilitiques.

On reste frappé de la rareté relative des syphilides linguales *tertiaires* chez la femme qui est au contraire très sujette aux lésions des régions génitales. En ville, sur 53 cas de *syphilis linguale* tertiaire dont se compose ma statistique personnelle, trois cas seulement ont été observés sur des femmes. Et il n'y a pas à dire que c'est parce que les hommes prennent moins de soins de leur bouche que les femmes, qu'ils mangent, boivent, fument davantage... Non ; j'observe à St-Lazare dans un milieu où de nombreuses syphilitiques ont tous ces défauts et je peux observer cette même rareté relative dont on n'a pas encore donné d'explication indiscutable, sinon la plus grande fréquence de la syphilis chez l'homme. De même que les hommes sont chauves dans une proportion beaucoup plus considérable que les femmes, de même, ils sont frappés de lésions syphilitiques du système nerveux central dans une fréquence infiniment plus grande que les femmes, sans qu'on en puisse, nous apprend encore M. Fournier, donner de ces différences une raison satisfaisante autre que la fréquence même de la syphilis (1).

De la lèpre au cancer, de la syphilis à la tuberculose de l'eczéma aux mycoses, toutes les grandes diathèses ont des manifestations linguales, comme le montrent ces belles pièces du musée de Saint-Louis, où l'on voit en plus, des affections chirurgicales de toutes sortes, tumeurs, kystes, grenouillettes, etc. jusqu'au nævus le plus intense qu'aucun chirurgien n'ose et ne peut opérer et pour lesquels le traitement électrolytique seul réussit bien, comme le démontrent les observations de MM. Apostoli, Oudin, etc. Ce confrère se propose même, je crois, de faire un soir ici, si vous le permettez, une communication à ce sujet.....

Mais j'ai hâte d'arriver au paragraphe des *glossopathies chroniques*, dégénératives et scléreuses.

(1) FOURNIER, *Lésions linguales syphilitiques et syphiloïdes*.

Digitized by Google

Dans ces affections, la muqueuse perd son velouté et sa coloration rose. Dans quelques cas, rares d'ailleurs puisque je n'en ai vu que trois, la totalité de la muqueuse linguale est devenue blanche, uniformément blanche, d'un blanc intense ; on a envie, comme le disait fort bien M. Chibret, de la retourner comme un gant ou de l'écorcher comme on fait d'une anguille. Mais le plus souvent, c'est par ilots, par semis, par pointillé que se présente la lésion.

Il y a une leucoplasie pointillée née directement de la syphilis à la période secondaire. Cette variété est assez commune ; elle existe avec des syphilides érosives ou bien isolément ; dans ce dernier cas, elle est plus rare, mais elle ne peut être niée. Elle guérit très facilement et très complètement mais exclusivement par le traitement mercuriel. Comme c'est une affection superficielle et bénigne en somme, on peut la guérir soit par les pilules soit même par les injections mercurielles solubles qui n'ont que des indications exceptionnelles et qui ont le grave inconvénient d'être renouvelées tous les jours, tous les deux jours et quelquefois 2 fois par jour, ce qui n'est vraiment pratique ni pour le malade ni pour le médecin, étant donné surtout qu'elles peuvent être avantageusement remplacées par les insolubles qui ne se font qu'une fois par semaine.

Mais ce sont surtout les lésions dégénératives tertiaires de la langue que je désire étudier ici avec vous. La muqueuse n'est plus souple ; elle devient dure, rapeuse, fendillée, fissuraire. Des inégalités se montrent à sa surface sous forme de végétations et de papillomes, *simple* ou *corné* ; il ne faut pas confondre ce dernier avec le bourgeonnement du début de l'épithélioma. Cette dégénérescence se fait parfois assez vite. Un de mes malades a dû être opéré presque d'urgence pour éviter la généralisation ; et encore, peu de temps après, il fallut refaire une nouvelle extirpation de noyaux oubliés qui récidivèrent rapidement ; et deux mois après cette deuxième opération, d'ailleurs fort complètement exécutée, bien que la cicatrice fût parfaite, des adénopathies secondaires se montraient sous le maxillaire et jusque dans le cou.

Digitized by Google

Nous verrons toutefois plus loin que ces dégénérescences sont infiniment plus rares qu'on ne le croit généralement.

Toujours est-il que la langue devient par ilots d'une blancheur intensive, luisante, brillante, argentée. La leucoglossie se développe ordinairement après la leucoplasie de la face interne des commissures et des joues dans les points qui sont le siège d'une pression minime, inconsciente, mais continue, de la part des dents, dans les points où la mâchoire supérieure se réunit à l'inférieure, dans les points où s'exerce la compression d'une saillie dentaire anormale ou encore dans les points des gencives qui sont déchirés par la dent de sagesse. On sait d'ailleurs que c'est fréquemment de ces dernières fongosités gingivales péri-molaires que partent les premières irritations caractéristiques de la stomatite mercurielle, toujours plus prononcée du côté où se couche de préférence le malade, selon la remarque de Ricord.

Quoi qu'il en soit, les bandes blanches disposées à la face interne des joues au niveau des interstices dentaires en forme de triangle allongé, sont souvent décrites sous le nom de *plaques nacrées des fumeurs* alors que pour la langue la dénomination de *leucoplasie*, proposée par Schwimmer et ensuite par Vidal, est, à mon sens, de beaucoup préférable, puisque le nom ne préjuge pas de la nature de l'affection, nature qui reste toujours obscure.

Les fumeurs n'en sont pas seuls atteints ; plusieurs de mes malades n'ont jamais fumé et jamais bu ; toutefois, les fumeurs et les alcooliques sont en majorité. Un de mes malades était un fumeur vraiment extraordinaire ; toujours il avait à la bouche soit une pipe, soit un cigare ; pendant trente-deux ans, il n'eut aucune espèce de lésion buccale. C'est alors qu'il contracta la syphilis. Deux ans après, il avait une forme intense de leucoplasie, qui d'ailleurs depuis huit ans n'a pas encore subi la dégénérescence épithéliomateuse. Quatre de mes malades avaient de petites taches nacrées, isolées, irrégulières, fines, superficielles, disséminées sur les régions latérales de la langue avant de contracter la syphilis. Ils fumaient peu ; mais ils étaient

Digitized by Google

profondément arthritiques et leur bouche était fortement acide. La syphilis mit de quatre à douze ans à produire chez eux une leucoglossie très prononcée. Un seul cas dégénéra en épithélioma ; c'est ce fait que j'ai fait représenter, après l'opération, dans cette belle photographie aquarellée par Méheux. L'arthritisme est donc une cause de leucoplasie, comme on le constate chez certains diabétiques.

Mais on ne peut pas ne pas être frappé du nombre considérable des antécédents syphilitiques chez les sujets atteints de leucoplasie. Et encore, il faut tenir compte des cas de syphilis ignorée de bonne foi, méconnue,de la syphilis conceptionnelle, de l'hérédo-syphilis et de l'hérédité syphilitique. Bien souvent, il me semble qu'il doit s'agir de phénomène parasyphilitique plutôt que de symptome né directement de la syphilis. Certes, je sais que la syphilis fait à la moelle, sur les os, sur les viscères et même à la peau,des scléroses, des éburnations, des dégénérations fibreuses, des hyperkératoses qui résistent au mercure. Mais, dans la leucoplasie, pour une manifestation directement spécifique on a vraiment trop peu de succès thérapeutiques : sur 55 de ces cas tertiaires, je n'ai pu, même par le traitement mercuriel intensif, guérir que quatre de ces cas, en enrayer sept (il me semble tout au moins) et en améliorer vingt. Les autres n'ont pas été soumis aux méthodes intensives. Faut-il donc, outre l'arthritisme, outre la syphilis, outre les parasites qui modifient le milieu buccal, outre toutes les causes qui peuvent diminuer la résistance des tissus, admettre encore d'autres causes jusqu'ici insoupçonnées ? Je ne voudrais pas conclure aujourd'hui et je me borne à attirer votre attention sur le nombre vraiment considérable de syphilis dans les antécédents des sujets leucoplasiques. Ce n'est en effet que longtemps après les accidents de début que les malades viennent consulter pour les taches blanches de leur bouche. Dans un certain nombre de cas où la syphilis seule était en cause, il m'a semblé que la langue seule était prise ; ce n'est là qu'une indication et non une règle. Quoi qu'il en soit, voici la statistique que j'ai relevée à

Digitized by Google

l'occasion même de cette communication et qui porte sur 55 cas, deux nouveaux cas m'ayant été adressés tout récemment comme beaucoup d'autres d'ailleurs par mon excellent maître, le Dr Besnier, à qui je tiens à adresser ici mes remerciements.

« Sur 55 cas de *leucoplasie labio-buccale*, 43 ont été observés sur des syphilitiques anciens et avérés (de 4 à 22 ans après le chancre); 5 cas seulement ont eu lieu sur des femmes.

8 seulement chez des sujets non syphilitiques dont une dame atteinte d'eczéma.

4 étaient leucoplasiques (taches peu nombreuses, minimes, superficielles, disséminées sur les faces latérales de la langue) avant de devenir syphilitiques.

Deux ont une salive acide épaisse, concrète, formant un milieu spécial favorable aux fermentations par suite de dyspepsie et de manque de soins.

Deux présentent la disposition congénitale connue sous le nom de langue scrotale.

Quatre ont une glossite marginée exfoliatrice.

Trois de ces sujets sont syphilophobes.

Quatre ont subi la dégénérescence épithéliomateuse; j'insiste sur ce chiffre, 4 sur 55. Trois en plus sont morts de cancer (deux de l'intestin, un de l'estomac) comme cela arrive parfois pour les sujets atteints de psoriasis vulgaire, cutané et non lingual comme cela n'est pas rare pour les arthritiques en général.

Un assez grand nombre ont succombé soit à la syphilis cérébrale ou même (3 au moins) à la paralysie générale; soit à la tuberculose.

Le plus grand nombre était fumeur et buveur; mais tant que la syphilis n'a pas été contractée, la bouche a résisté. En résumé, je ne trouve dans les antécédents que les causes suivantes: tabac, alcool, défaut de soins et d'hygiène buccale, dyspepsie, arthritisme, mycoses, malformations et surtout syphilis. Tels sont les faits qui montrent qu'on n'est pas en droit de désigner la leucoplasie sous le nom d'affection précancéreuse. La terminaison par le cancer est en somme une exception et il ne serait pas

Digitized by Google

sans intérêt de rechercher si les cancers de la langue, des lèvres et des joues ne sont pas plus fréquents sans leucoplasie qu'avec leucoplasie. En tout cas la face interne des joues, surtout au niveau des commissures labiales qui est une région si souvent atteinte d'affections diverses et qui est un siège de prédilection pour la leucoplasie, est très rarement épithéliomateuse.

Notons enfin que la leucokératose n'est qu'une expression applicable au plus petit nombre des cas de leucoplasie et que le plus grand nombre des cas est, au contraire, lisse, argenté, luisant, brillant, plutôt que granuleux, irrégulier, kératosique.

Il résulte de cette statistique qu'il y a lieu de recommander aux sujets leucoplasiques de l'hygiène buccale, de faire bien soigner leurs dents et leurs gencives, de supprimer le tabac, l'alcool et les irritations banales facilement évitables. Moyennant ces précautions, on est presque assuré de voir la lésion s'arrêter et en tous cas ne pas se compliquer, rester presque indolente et compatible avec une bonne et excellente santé. Voilà ce qu'il faut bien retenir. A part ces circonstances qui concourent à la production de cette leucoplasie, le psoriasis lingual de Bazin et de Debove, il y a encore quelques particularités à signaler.

Tout d'abord il convient de remarquer que les épithéliums des muqueuses, aux régions bucco-linguales comme aux régions génitales, sont doués du caractère de réagir en blanc dans un certain nombre de circonstances. Le résultat semble le même et pourtant les causes sont très différentes : le mercure, le tabac, les caustiques peuvent produire à la langue des taches blanches. Ainsi, au contact du nitrate d'argent, l'épiderme devient noir par réduction du sel d'argent par la sueur et la lumière ; au contraire, l'épithélium bucco-lingual, vulvaire, etc., deviendra blanc, d'un blanc laiteux, intense, immédiat. Mais à la bouche, si la maladie d'Addison, si la phthiriase forme parfois des taches brunes, beaucoup d'affections très diverses, marquent en blanc, l'hydroa (comme en voici une photographie), l'hydrargyrie, l'eczéma, le lichen,

Digitized by Google

l'irritation nicotique, l'irritation chronique par des pressions lentes, insensibles mais prolongées, ou par des débris dentaires insuffisants pour ulcérer, tous ces facteurs de morbidité buccale agiront ici comme la syphilis dans sa période tertiaire, dans la forme où le processus aboutit, non à des ulcérations, mais à de la sclérose, d'abord partielle, puis superficielle, enfin intéressant la muqueuse dans sa totalité. Il arrive souvent que ces lésions se montrent chez des syphilitiques dont le traitement a été insuffisant, bien que la syphilis soit bénigne. Dans la pratique, il n'est pas rare de trouver beaucoup de causes réunies et de constater des lésions qui sont associées, combinées et auxquelles parfois encore des mycoses sont surajoutées.

Toute cette description est vague ; et je sens qu'elle manque de netteté ; c'est l'inconvénient des vues d'ensemble. Il faudrait, pour être précis, faire l'étude spéciale de chacune des variétés morbides que, aujourd'hui, je ne puis faire ici qu'énumérer.

La leucoplasie est donc, dans l'état actuel de nos connaissances, un syndrome pour lequel l'analyse clinique n'est pas terminée et pour lequel les recherches étiologiques sont encore à peine ébauchées. Il y aura lieu à l'avenir de mieux étudier les modifications du milieu buccal, de préciser le rôle joué par la dyspepsie, par l'arthritisme, par les fermentations, de mieux apprécier les causes d'irritations répétées et surtout de rechercher les antécédents de syphilis. Combien de temps après une syphilis bénigne mais insuffisamment traitée, la leucoplasie a débuté ? les lèvres, les joues ont-elles précédé la langue ? la langue est-elle plus souvent prise isolément quand la syphilis seule est en jeu ? Quelles sont les modifications à attendre, soit dans le sens de l'amélioration par les injections de préparations mercurielles insolubles, soit dans le sens de l'aggravation, de la pérennité simple ou de la dégénérescence ? etc.

Quoi qu'il en soit, le début est indolent ; bien rarement, il y a quelques picotements ou un peu de sensibilité qui attire l'attention ; presque toujours, le malade ne vient consulter que quand la lésion est déjà ancienne. « Je

Digitized by Google

croyais que ça se passerait ; ça ne me faisait pas mal ; je n'y attachais pas d'importance », telles sont les raisons par lesquelles il excuse sa négligence. Mais alors, déjà les petites taches, irrégulières, superficielles, très disséminées, se sont multipliées et ont fait place, surtout sur les régions dorsale et latérales de la langue, à de petits ilots, arrondis comme des lentilles, au niveau desquels l'épithélium s'épaissit, s'infiltre, se durcit et blanchit.

Le processus semble différer pour la sclérose superficielle de la langue,quand la lésion est d'origine simple ou de cause syphilitique. Voici ce que l'on peut observer, quand on considère attentivement le début d'une syphilis linguale chronique. Dans les points où la lésion est le plus développée, au centre du placard par exemple, on ne distingue que de minces bandes fibreuses très rapprochées, presque fusionnées, dures, sèches, en train de se substituer — sans lésion préexistante appréciable — aux tissus normaux.

Mais à la périphérie de la plaque blanche, on voit les faisceaux de rubans se desserrer ; la trame des fils peut se percevoir et on distingue les mailles et les enchevêtrements.

Plus périphériquement encore on voit de petits ilots blanchâtres de moins en moins volumineux au fur et à mesure qu'ils sont moins conglomérés.

On distingue nettement le début des lésions sous forme de lésions ponctiformes miliaires mais déjà dures, scléreuses et blanches, d'abord peu abondantes et très isolées les unes des autres, graduellement plus nombreuses et plus rapprochées, enfin criblant la région, se fusionnant et formant dès lors un de ces ilots qui ne tardera plus à rejoindre les ilots voisins par leurs prolongements d'ailleurs irréguliers.

On constate donc à la langue ce qu'on observe pour l'hyperkératose ou sclérose de la plante du pied et surtout pour le talon. Le processus ne semble pas d'ailleurs différer de ce qu'on signale pour la sclérose viscérale, foie, reins, plèvres, poumons, cerveau, etc. Au bout de quelques années, car c'est par années qu'il faut compter dans

Digitized by Google

les cas ordinaires, les ilots de sclérose superficielle se fusionnant en placards irréguliers, affectent parfois sur la face particulière des régions latérales des bords festonnés. Sur le dos de la langue les placards sont coupés par les plis, devenus des fentes scléreuses, agrandies et profondes.

Sur certains points, l'état velouté et moelleux de l'épithélium persiste à côté d'autres devenus au contraire durs, secs et rapeux. Quelques points font saillie à l'intérieur, pendant que la sclérose devient plus profonde.

On peut observer des rugosités, des saillies, des végétations cornées, simples papillomes blancs qui ne sont pas destinés à devenir malins ; il en est d'autres, au contraire, qui se transforment et qui dégénèrent vite ; c'est ce que disent tous les auteurs qui se sont occupés de la question depuis Bazin et Debove jusqu'à Besnier, Bénard (de St-Christan), Ledentu, etc. qui ont étudié les rapports de la leucokératose avec l'épithélioma.

C'est même là le principal point de la question ; c'est cette épée de Damoclès qui en fait à la fois la gravité et l'intérêt ; car le pronostic n'est pas encore fait entre les cas qui resteront bénins (il faut savoir toutefois que c'est la majorité) et les cas destinés à dégénérer, qui constituent une minorité malheureusement trop importante.

Le plus souvent c'est la langue qui prend l'avance; d'autres fois, c'est la plaque jugo-commissurale, la gauche surtout, dans mes observations du moins.

Ces placards sont d'abord lisses, résistants ; si on vient, sous le chloroforme, à les râcler, on les entend crier sous la curette ; ils sont justiciables, moins des caustiques chimiques, que des pointes de feu. Le galvano-cautère me paraît le moyen de choix pour la face interne des joues, tandis que la décortication ou l'extirpation larges sont préférables pour la langue.

J'ai dit que le plus grand nombre des sujets leucoplasiques étaient des vétérans de la syphilis, soit acquise, soit héréditaire, soit même conceptionnelle, car j'ai observé un cas chez une dame qui, épouse d'un mari syphilitique, a accouché avant terme d'un enfant mort-né et

Digitized by Google

qui n'a jamais fait de traitement spécifique n'ayant jamais eu de manifestations spécifiques évidentes ou incontestables.

Il y a lieu de recourir dans tous les cas de lésions syphilitiques à ce puissant et précieux moyen des injections intra-musculaires d'huile grise ou d'huile calomélique. Employées avec discernement, on n'a pas de glossite mercurielle et on guérit des lésions qui résistent aux autres modes de traitement.

Elles modifient favorablement les tissus et les rendent plus résistants et si l'élément syphilitique domine, elles sont curatives, au grand étonnement des malades qui en sont encore à comprendre comment on peut, en faisant une injection intra-fessière, guérir leur langue. Les injections de préparations mercurielles solubles n'ont que des indications exceptionnelles et passagères ; elles ne font que momentanément disparaître les lésions ; elles ne guérissent pas définitivement et n'épurent pas à fond : c'est pour moi le résultat certain d'une expérience déjà longue.

J'ai apporté de Saint-Louis, soit de l'importante collection particulière de M. Fournier, soit du célèbre musée de l'hôpital, un certain nombre des moulages dus au talent du véritable artiste qu'est Baretta. Ces pièces montrent la multiplicité des affections linguales et la variété de chaque espèce de lésions. Il faudrait une description spéciale pour chacune : loin de moi la pensée de vouloir à ce point abuser de votre patience.

Permettez-moi seulement encore quelques mots sur une forme très spéciale, je veux parler de cette variété de *leucoplasie* qui relève directement du *lichen plan* (lichen planus de Vilson). Je place sous vos yeux un moulage caractéristique fait par Jumelin ; il provient d'un jeune homme de 20 ans, non syphilitique, vigoureux, mais nerveux comme c'est la règle, atteint de lichen plan typique, sans mélange d'aucune autre dermatose. Il faut bien connaître cette forme pour ne pas la confondre avec les leucoplasies qui, précédant l'épithélioma ou suivant la syphilis, répondent à des indications thérapeutiques toutes différentes. Cette leucoplasie a ceci de particulier qu'elle

Digitized by Google

guérit fort bien seule, mais au bout d'un certain temps.

On retrouve sur ce moulage tous les caractères habituels: à la face interne des joues où la lésion n'est pas constituée par des papules conglomérées et fusionnées en nappe et en infiltrat, on voit que la plaque est sillonnée en tous sens par des filaments d'une finesse extrême, comme ceux d'une toile d'araignée lisse ou striée, en tout cas, résistante, argentée, très brillante. Suivant l'âge de la lésion, les tractus sont saillants ou déprimés de façon à brider la muqueuse. Ces tractus s'enchevêtrent en tous sens de manière à former un filet à mailles très étroites ou des étoiles plus ou moins irrégulières. Brocq y signale les dilatations moniliformes qu'on observe parfois à la peau sur les larges plaques de lichen plan quand les surfaces sont dépouillées d'épiderme. Après l'évolution des papules, il peut persister à la peau, pendant parfois très longtemps, une pigmentation plus ou moins foncée. Ici, contrairement à ce qu'on observe dans la maladie d'Addison qui noircit les muqueuses, c'est une tache blanche que l'on voit pendant plus ou moins longtemps, dans les régions exposées aux frottements alimentaires et autres, surtout dans les espaces interdentaires où peut s'exercer la pression insensible mais prolongée des arcades, dans certaines dispositions individuelles de la bouche, et quand les tissus sont déjà atténués dans leur résistance, soit congénitalement (langue scrotale), soit par maladie acquise (syphilis).

La disposition réticulée, en mailles ou en prolongements irréguliers, prédomine à la face interne des commissures et des joues où les stries nacrées sont souvent symétriquement développées.

La disposition en plaques est prépondérante à la langue où l'affection se présente sous l'aspect de taches blanches, disséminées sur les parties latérales et plus souvent sur la face dorsale ; les papules de lichen sont hypertrophiées, mais aplaties et rudes, de façon à former de petits ilots durs, rapeux, blancs, à peine saillants.

De même que les petits renflements en grains de chapelet peuvent être considérés comme les analogues de papules

Digitized by Google

déformées isolées, dont l'évolution est plus facile à suivre sur la peau, de même les stries filamenteuses et entrecroisées sont, sur les muqueuses, les pendants des plaques cutanées.

Ces lésions peuvent persister pendant de longs mois sans modification; puis, de temps en temps, il se fait, comme à la peau, des poussées aiguës, souvent inattendues, ou en simple coïncidence avec des causes purement occasionnelles ; il faut alors se contenter de pulvérisations et de lavages antiseptiques doux, si l'on ne veut pas s'exposer à l'extension du mal ou à des intolérances souvent pénibles, susceptibilité de la muqueuse qui n'existe plus dans les périodes torpides, les seules favorables pour agir efficacement. Dans les cas bénins qui sont de beaucoup les plus fréquents, la disparition peut se faire sans laisser aucune trace même si la lésion a eu une longue durée.

Ces lésions des muqueuses buccales doivent être bien connues parce que, si la règle est qu'elles coexistent avec une dermatose qui les a précédées, il arrive qu'elles peuvent être, pendant parfois plusieurs mois, les premiers, les seuls symptômes du lichen plan. Mais je n'insiste pas... j'ai déjà trop abusé de votre bienveillance et il ne me reste plus qu'à vous en adresser toutes mes excuses.

APPAREIL DE CONTENTION POUR LES DENTS GREFFÉES

PAR

Le Dr Cruet.

Nous croyons rendre service à nos confrères en reproduisant ici la description (1) accompagnée de figures, d'un petit appareil de contention des dents, que nous avons imaginé pour maintenir en place une dent réimplantée, greffée

(1) Nous avons déjà fait connaître à la Société de stomatologie le principe de l'appareil et nous l'avons décrit très succinctement dans notre livre : *Hygiène et thérapeutique de la maladie de la bouche*, 1899.

Digitized by Google

par une méthode quelconque ; ou bien encore une dent luxée. Cet appareil nous a paru simple et pratique, facile à appliquer en toute circonstance. Depuis des années déjà, soit dans la clientèle privée, soit dans notre service dentaire de l'hôpital de la Charité, nous l'utilisons avec un plein succès, et sans que nous ayons jamais vu en résulter le moindre inconvénient.

En voici la brève description : un fil métallique de préférence (argent ou platine), souple et fin, mais, un fil de soie au besoin, embrasse au niveau du collet les deux dents voisines de la dent réimplantée (ou luxée) et la dent elle-même, toutes trois comprises dans une seule anse. Le fil est noué ou tordu au côté antérieur externe d'une des

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

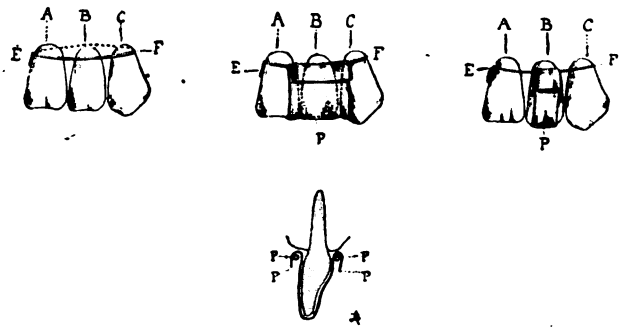


Fig. 4.

Fig. 1. Le fil en place. — Fig. 2 et 3. Appareil posé.— Fig. 4. Coupe schématique de la dent B et de l'appareil la maintenant en place. — B. Dent greffée. — A. C. Dents voisines.— F. Fil. — E. Extrémités du fil. — P. Lame de plomb.

dents latérales, et le nœud se dissimule facilement dans l'interstice dentaire près du collet.

Une lamelle de plomb souple, de la longueur de la couronne de la dent greffée, ou si l'on veut (suivant les cas) de la longueur des trois couronnes, est exactement appliquée sur celle-ci, et les deux extrémités de la lamelle passant sous l'anse du fil en avant et en arrière des dents sont simplement renversées au devant du fil sur la couronne. Il est facile de réduire à volonté et à une mesure

Digitized by Google

convenable la longueur de l'extrémité renversée. Pour bien fixer ensuite et immobiliser l'ensemble de l'appareil et les dents qu'il recouvre, il suffit de presser et de mouler, pour ainsi dire, avec les doigts la lamelle de plomb qui s'applique exactement sur les couronnes et les dessine, avec leur forme exacte.

On comprend que, dans ces conditions, la dent réimplantée reste fixée dans sa position exacte sans secousses, sans tiraillements d'aucune sorte, en aucun sens et cela aussi longtemps qu'on voudra bien laisser l'appareil en place. Ainsi placé, d'ailleurs, l'appareil permet de faire les lavages antiseptiques aussi souvent qu'il est nécessaire ; la souplesse de la lamelle de plomb permet de la soulever légèrement sur un point, et par là d'introduire l'extrémité de la canule d'une poire en caoutchouc, puis de faire passer un courant de liquide qui ressort de tous côtés, en lavant toutes les parties.

Pour l'installation de notre appareil, nous nous servons des lames de plomb en usage chez tous les dentistes pour prendre la figure des plaques d'or sur le modèle. Comme l'épaisseur en est insuffisante, nous replions les lamelles, découpées en largeur suffisante, plusieurs fois sur elles-mêmes, de manière à donner à la bande de contention une résistance suffisante, calculée cependant pour qu'elle conserve assez de souplesse et de plasticité. C'est affaire d'habitude.

L'appareil est surtout utilisé pour les dents greffées à la mâchoire supérieure, et particulièrement pour les incisives ; mais il peut servir de la même manière pour les canines et les prémolaires. On comprend d'ailleurs qu'il puisse aussi bien maintenir en place une dent luxée accidentellement par un traumatisme ou intentionnellement pour le besoin d'un redressement (rotation sur l'axe, déviations diverses).

Digitized by Google

SOCIÉTÉS SAVANTES

Ostéo-périostite orbitaire consécutive à une sinusite maxillaire d'origine dentaire. Etude séméiologique de l'exophtalmie.

Par le Dr Baudoin (de Castres).

(Rapport à la Société d'Ophtalmologie, par Alph. Péchin.)

M. le Dr Baudoin nous a communiqué un travail qui se divise en deux parties. Dans la première partie, il donne une observation d'ostéo-périostite orbitaire consécutive à une sinusite maxillaire d'origine dentaire. La seconde partie est consacrée à l'étude séméiologique de l'exophtalmie.

Voici d'abord l'observation résumée :

Un jeune soldat entre à l'hôpital le 8 août 1898 ; état fébrile 38°-39°, frissons, courbature, céphalalgie, langue saburrale, anorexie. A noter dans les antécédents personnels une fièvre typhoïde l'année précédente. Deux jours après son entrée, agitation, douleurs dans la tête, principalement dans la région frontale et la région orbitaire gauches. De son côté les paupières sont œdématiées, chémosis vasculaire, exophtalmie, l'œil est dévié en haut, diplopie verticale. Au bord du plancher orbitaire, petit bourrelet muqueux très douloureux. Réactions pupillaires normales, V = 1. Le 11 août (3 jours après) les symptômes généraux et locaux s'accentuent. L'examen des fosses nasales dénote un peu d'hyperémie et d'hypertrophie du cornet inférieur dans la fosse nasale gauche. Pas trace de suppuration dans les méats. Kaxosmie. Faute de source lumineuse, M. Baudoin n'a pu faire l'examen électrique du sinus. Nombreuses dents manquent ; la seconde prémolaire gauche est très avariée ; il y a deux mois cette dent a été très douloureuse, il y a eu fluxion. Extraction de la dent malade, perforation du bord alvéolaire, écoulement du pus, injection d'eau boriquée tiède. Une injection fit sortir par le nez un bouchon muqueux qui fermait le méat et empêchait, dit M. Baudoin, le pus de sortir dans les fosses nasales. Le 12 (4e jour) la fièvre tombe, le gonflement des paupières et l'exophtalmie diminuent, plus

Digitized by Google

de douleurs spontanées. On continue les lavages du sinus et, quelques jours plus tard, guérison.

Cette observation me rappelle beaucoup d'autres observations analogues et qui nous sont bien connues ; aussi, suis-je un peu surpris que M. Baudoin la fasse suivre de cette réflexion et ici je lui laisse la parole : « Cette observation m'a paru intéressante à rapporter parce qu'elle contient un enseignement non pas nouveau, certes, mais peut-être trop oublié dans la pratique, à savoir le retentissement des affections sinusiques de la face sur les parois orbitaires. Je suis convaincu que la plupart des exophtalmies par ostéo-périostite aiguë et beaucoup de celles par ostéo-périostite chronique sont sous la dépendance d'une affection des sinus, d'où découle pour moi dans tous les cas la nécessité d'une exploration minutieuse des fosses nasales. »

M. Baudoin exprime là la même idée que celle qu'exprimait M. Germann (de Saint-Pétersbourg) au Congrès de Moscou de 1897.

Jusqu'en 1886 les remarques de MM. Baudoin et Germann nous eussent paru très justes, mais si l'on veut bien considérer les travaux parus dès cette époque, on verra que l'attention a été attirée sur ce sujet et qu'actuellement nous savons combien il est nécessaire dans les affections de l'orbite de faire l'examen, non seulement des fosses nasales, mais des deux maxillaires supérieur et inférieur et en général des affections bucco-pharyngées.

Sans vouloir faire une bibliographie qui serait forcément incomplète, je rappellerai les principaux auteurs qui se sont occupés de la question. Ziem (de Dantzig), qui était atteint lui-même d'une rhinorrhée chronique dépendant d'un empyème du sinus maxillaire, fit des travaux importants en 1886, puis vinrent ceux de B. Frænkel, Baginsky, Zucherkandl, Krause et A. Hartmann en 1887. En France, sans remonter aux observations de Demarquay et Duplay, je citerai le travail de Parinaud sur les suppurations de la paupière inférieure et de la région du sac lacrymal d'origine dentaire (*Arch. générales de Médecine*, 1880) ; les observations de M. Panas (*Semaine médicale*, 1885 et Acad. de Médecine, 12 mars 1895) ; celle de Badal et Fromaget (1894) ; celle de Fage (*Société d'opht. de Paris*, 7 nov. 1893) ; les remarques sur les phlébites orbitaires consécutives aux affections bucco-pharyngées de M. A. Terson (*Rec. d'Opht.*, nov. 1893) ; les thèses de Courtaix (*L'œil et les dents*, Paris, 1891), de Gapin (*Contribution à l'étude des abcès du sinus maxillaire*, Paris, 1894), de Salva (*Des complications inflam-*

Digitized by Google

matoires de l'orbite dans les sinusites maxillaires, Paris, 1895), l'observation de Brunschwig (Phlegmon orbitaire consécutif à une sinusite maxillaire, *Normandie médicale*, 15 février 1896) et enfin mon travail : Contribution à l'étude des affections oculaires et des sinusites de la face d'origine dentaire (in *Revue générale d'Ophtalmologie*, 31 mai 1896).

Ce qui ne veut pas dire qu'en faisant des recherches on ne trouverait pas à une époque plus éloignée des travaux intéressants sur cette question. Ainsi, par exemple, l'« Essai sur les rapports pathologiques du système dentaire et de l'appareil visuel » (*Annales d'oculistique*, janvier 1848, par Ch. Teirlinck). Dans ce travail très important le professeur de Gand insiste sur ce qu'il appelle les sympathies morbides entre l'œil et le système dentaire, sympathies qui, d'après lui, s'établissent par l'intermédiaire des branches du trijumeau ou mieux par les filets du sympathique qui accompagnent la cinquième paire. Et parmi les observations contenues dans ce mémoire je vous demande la permission de vous en citer une que je vous résumerai aussi brièvement que possible et qui vous montrera que déjà à cette époque les rapports entre les sinusites maxillaires et les inflammations de l'orbite n'étaient pas méconnus.

Przesmychi, 30 ans, bien portant. Pendant l'automne de 1825 douleurs lancinantes très intenses et subites s'étendant de la tempe gauche vers l'œil et le côté correspondant du visage. On attribue la douleur à un refroidissement. Un peu d'accalmie, puis au bout de deux mois ces douleurs revêtent un caractère d'intensité très aiguë et la vision se perd de ce côté (gauche). Pendant six mois on fait diverses médications qui n'amènent pas grand changement. Les douleurs ne sont pas continues, mais reviennent par accès. Ces six mois passés l'affection entre dans une nouvelle phase. Nouvelle crise de douleurs ; la joue se gonfle et pendant une nuit plusieurs cuillerées de pus sanguinolent s'écoulent entre la conjonctive et la paupière inférieure gauche. Le gonflement et la douleur diminuent, mais la cécité persiste. Trois semaines après nouvelle issue du pus qui se répète de temps en temps. En 1826, la situation s'aggrave et le malade se rend à Wilna dans le but de se faire énucléer. Soupçonnant un empyème du sinus maxillaire avec propagation du pus dans l'orbite, le médecin consulté examine les dents, il en trouve une brisée (il ne désigne pas laquelle) qui correspond à l'antre d'Highmore, l'extrait et trouve à sa racine un fragment de bois qui s'était probablement détaché d'un cure-dents. On introduit une sonde dans le sinus, il s'écoule quelques gout-

Digitized by Google

tes d'un liquide séro-purulent et neuf jours après le malade avait complètement recouvré la vue.

Le malade de M. Baudoin a été plus heureux parce que le diagnostic étiologique posé dès le début a permis une intervention rapide et suivie de guérison en quelques jours. M. Baudoin rejeta dès le début le diagnostic de ténonite, en se basant sur l'existence d'une fièvre intense en dehors de toute manifestation articulaire et sur l'absence de bilatéralité. Or, on peut ajouter que ce diagnostic devait être écarté parce que dans la ténonite le rebord orbitaire n'est pas douloureux, l'exophtalmie est directe et le chémosis séreux très prononcé, trois symptômes qui faisaient défaut chez son malade.

Restait à déterminer à quelle variété clinique d'inflammation orbitaire on avait affaire. Etait-ce une ostéo-périostite, un phlegmon orbitaire ou bien une thrombo-phlébite ? Les conditions pour discuter cette question étaient assurément des meilleures, car M. Baudoin a eu la chance d'assister au début des accidents. Et en effet, au début, ces variétés de phlegmasies sont bien tranchées, mais il n'en est plus de même plus tard, l'ostéo-périostite aiguë pouvant donner lieu au phlegmon de l'orbite, celui-ci pouvant se compliquer de lésions du périoste, de phlébite orbitaire et des sinus cérébraux et enfin la phlébite pouvant elle-même se compliquer de phlegmon, toutes complications rendant difficile le diagnostic du type de l'inflammation primitive.

M. Baudoin s'est rattaché avec raison au diagnostic d'ostéo-périostite aiguë en se fondant sur l'existence du bourrelet du bord antérieur de l'orbite et l'obliquité de l'exophtalmie.

Quant au diagnostic étiologique, il eût été peut-être à propos de ne pas passer sous silence la possibilité d'une ostéo-périostite d'origine éberthienne étant donné que le malade avait eu la fièvre typhoïde l'année précédente et avait gardé depuis cette époque un aspect maladif, lymphatique. On doit se rappeler que la périostite orbitaire a été constatée dans la rougeole et la scarlatine (A. Strubell, *Münch. med. Wochensch.*, 18 octobre 1898). Or, si une métastase morbilleuse ou scarlatineuse peut se produire, nul doute qu'une métastase éberthienne puisse se produire également. Je n'insterai pas sur ce diagnostic étiologique dont je reconnais d'ailleurs le peu de probabilité, car il ne faut pas oublier que l'origine du mal paraît remonter seulement à une fluxion dentaire qui eut lieu deux mois avant, mais je regrette qu'il n'ait pas été fait d'examen bactériologique du pus sorti en abondance et qu'il eût été si facile

Digitized by Google

de recueillir en vue de cet examen utile pour de multiples raisons.

Le diagnostic de sinusite d'origine dentaire fut, si je puis me servir de cette expression, un diagnostic d'impression, car l'examen des fosses nasales fut négatif ou à peu près, comme le signe de Frænkel et d'ailleurs le signe d'Heryng ne put être recherché faute d'instrumentation appropriée. C'est pourquoi M. Baudoin a eu raison d'intervenir comme il l'a fait. Du même coup il obtenait par la constatation *de visu* du pus dans le sinus le seul signe de certitude qui existe et sur lequel a insisté tout particulièrement M. Lermoyez, et il faisait le traitement rationnel.

Ce traitement doit être fait d'autant plus rapidement que le pronostic ne tarde pas à devenir grave pour peu que les accidents évoluent. Le processus infectieux auquel donnent naissance les lésions dentaires et surtout péridentaires, la périostite alvéolo-dentaire, peut se propager par le périoste, mais aussi par les lymphatiques et surtout par la voie veineuse. La pathogénie de ces accidents phlébitiques ressort des recherches faites par Gurwitsch et Festal qui nous ont montré que les veines du sinus et du périoste du maxillaire supérieur aboutissent en grande partie dans la veine ophtalmo-faciale qui s'anastomose avec les veines intra-orbitaires ; cette veine vient de la pituitaire pour aboutir à la veine faciale, de là les phlébites orbitaires directes, des sinus caverneux, du sinus coronaire, et la phlébite orbitaire récurrente, qui assombrissent tant le pronostic.

Dans la seconde partie de son travail M. Baudoin nous donne un tableau synoptique qui comprend toutes les variétés d'exophtalmies qu'il rapporte à deux grandes divisions : formes pyrétiques et formes apyrétiques. C'est une étude séméiologique de l'exophtalmie qui a exigé de l'auteur beaucoup de temps et beaucoup de travail. Ce tableau, comme il le dit lui-même, permet d'embrasser d'un coup d'œil les différentes variétés d'exophtalmies, c'est une sorte de répertoire, d'aide-mémoire à l'usage de ceux qui ont déjà étudié et observé.

M. Essad (*Essai sur la séméiologie de l'ophtalmie*, thèse Paris, 25 juillet 1893) a fait un travail analogue à celui de M. Baudoin et a étudié la valeur séméiologique du sens, du siège, de la réductibilité, des phénomènes concomitants (signe de de Graefe, strabisme) et de l'évolution de l'exophtalmie.

Loin de moi la pensée de contester la valeur séméiologique de l'exophtalmie, mais il faut reconnaître que ce symptôme est

Digitized by Google

banal dans toutes les affections de l'orbite et c'est précisément cette banalité qui en diminue la valeur. En face d'une lésion orbitaire qui se traduit par de l'exophtalmie, c'est moins les caractères de celle-ci que nous devons étudier que la question d'étiologie. Ici le diagnostic étiologique prime tout, c'est à lui que nous devons nous attacher en considérant l'âge du malade, en recherchant un état infectieux général ou local et encore ne serons-nous pas toujours à l'abri d'erreur. Bien des productions orbitaires surviennent sans cause bien nettes telles que lymphoïdes qui en imposent pour les tumeurs malignes. Ces cas ont été étudiés par M. Ezéquiel Sanchez (*Des pseudoplasmes de l'orbite*. Thèse Paris, 1895). Dans ces cas surtout l'étude séméiologique de l'exophtalmie ne sera pas d'un grand secours.

Malgré les réserves que j'ai cru devoir faire, le travail de M. Baudoin est très recommandable, il appelle de nouveau l'attention sur un fait important de pratique. Aussi je vous propose de vouloir bien lui adresser des remerciements et de déposer honorablement ce travail dans nos archives.

(*Progrès Médical.*)

Œsophagotomie pour l'ablation d'un râtelier.

M. Segond a été appelé dernièrement auprès d'un malade qui avait avalé un ratelier. Après en avoir déterminé le siège exact au moyen de la radiographie, il a procédé pour l'extraire à l'œsophagotomie externe. Les suites opératoires ont été excellentes.

M. Reclus a demandé si, dans ce cas, le panier de de Graefe n'eût pas été suffisant.

M. Lucas-Championnière n'est pas partisan de l'emploi du panier qui a causé bien des accidents.

M. Poirier considère le panier de de Graefe comme un idéal lorsque le corps étranger est un corps rond et mousse, surtout lorsqu'il est arrêté au commencement de l'œsophage. Mais pour un dentier, il faut être plus réservé, car l'insuccès est à craindre.

Société de chirurgie (Séance du 26 juillet 1899).

Traitement des manifestations buccales de la grippe.

Voici le traitement recommandé par le Dr G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la faculté de médecine de Lille :

Contre la stomatite grippale qui se manifeste par l'apparition de nombreux aphtes sur les muqueuses labiale, linguale

Digitized by Google

et buccale (aphtes pouvant chez les enfants donner lieu, par suite d'infections secondaires, à des suppurations étendues des lèvres et des joues), on aura recours à des lavages avec la liqueur de Labarraque à 5 0/0 fait au moyen d'un bock muni d'un tube en caoutchouc et d'une canule en ébonite;on introduit la canule dans la direction du voile du palais de façon à irriguer toute l'étendue de la muqueuse buccale. Lorsque ces lavages sont pratiqués deux fois dans les vingt-quatre heures on voit d'ordinaire la stomatite disparaître ou s'arrêter dans son évolution en moins de deux jours.

Les mêmes irrigations sont indiquées dans la pharyngite et l'amygdalite. On peut aussi les remplacer, s'il s'agit d'enfants ne supportant pas le goût de la liqueur de Labarraque par des lavages avec la solution suivante.

Acide lactique	2 gr. 50 centig.
Eau	250 grammes.
Essence de menthe	10 gouttes.

Mêlez. Usage externe.

Dans les cas où il y a tendance à la suppuration des cryptes amygdaliennes, on fait après lavage préalable de la gorge, de larges attouchements sur les amygdales et les piliers du voile du palais avec la mixture ci-dessous formulée :

Acide salicylique.	50 centig. à 1 gr.

Faites dissoudre dans :

Alcool.	Q. S.

Ajoutez :

Glycérine	40 grammes.
Eau	60 —

Mêlez, usage externe.

Glossite syphilitique.

M. Balzer. — Voici une malade atteinte de lésions syphilitiques tertiaires disséminées, portant sur les régions anale et buccale ; elle présente en outre, une glossite scléreuse. Les lésions des lèvres et de l'anus seules ont guéri sous l'influence du traitement mixte ; celles de la langue n'ont pas rétrocédé.

La glossite syphilitique paraît extrêmement rare chez la femme. Il n'est pas très surprenant de la voir résister au traitement ; en effet ces lésions se rapprochent des scléroses syphilitiques viscérales et nous savons que celles-ci guérissent difficilement et de manière inconstante.

M. Barthélémy. — Sur 850 syphilitiques soignées à St-

Digitized by Google

Lazare je n'ai pu relever que 2 cas de glossite. Or, les femmes en question faisaient usage de tabac et d'alcool comme les hommes. Ces conditions accessoires ne sont donc pas les seules qui déterminent la fréquence plus grande de la glossite dans le sexe masculin.

Je partage l'opinion de M. Balzer sur la difficulté qu'il y a à guérir les scléroses syphilitiques de la langue superficielles ou profondes.

M. Fournier. — L'injection de calomel est le seul procédé qui permette quelquefois de venir à bout de ces lésions. Les frictions telles qu'on les pratique dans les stations d'eau à la dose de 12 à 16 grammes donnent elles-mêmes des résultats moins satisfaisants. Quant à la localisation sur la langue très fréquente chez l'homme et si rare chez la femme, elle est tout à fait inexplicable. Il est également surprenant de voir combien la syphilis cérébrale est rare chez la femme, dans la classe ouvrière comme dans la classe bourgeoise.

Or, en ce qui concerne la classe ouvrière le surmenage cérébral ne peut être invoqué pour expliquer la prédominance de cette forme de syphilis chez l'homme.

M. Hallopeau. — L'emploi de pastilles de sublimé rend de grands services dans le traitement des glossopathies en raison de l'action locale qu'elles exercent sur le processus syphilitique.

M. Fournier. — Je ne puis conseiller comme M. Hallopeau l'emploi du sublimé, car dans certains cas il noircit les dents.

Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (Séance du 8 juin 1899).

Traitement du muguet chez le nouveau-né.

M. Hutinel n'emploie plus les badigeonnages et se borne au lavage alcalin de l'estomac deux fois par jour.

Une sonde de Nélaton n° 20 reliée par un tube en verre à un tuyau en caoutchouc dont l'autre extrémité porte un entonnoir de verre, voilà l'appareil.

Le bout de la sonde introduit dans la cavité buccale grâce au mouvement de déglutition de l'enfant gagne facilement l'œsophage où elle s'engage et dans lequel on achève de l'enfoncer. Ce temps se fait toujours avec la plus grande facilité ; l'ouverture du larynx est si étroite qu'il y a peu de place pour l'engagement de la sonde ; de plus, elle est fermée par les mouvements de la déglutition. Enfin, si par hasard la sonde y pé-

Digitized by Google

nétrait, un violent accès de suffocation vous en avertirait et il suffirait alors de plonger un doigt jusqu'à la paroi postérieure du pharynx et de glisser la sonde dessus pour ne pas renouveler l'erreur.

La sonde étant en place, on verse environ 150 grammes d'eau de Vichy dans l'entonnoir élevé, que l'on abaisse en le renversant : dès que tout le liquide a été ingluti on laisse se vider l'estomac, on relève l'entonnoir, on recommence une seconde fois, et, dans les cas tenaces, une troisième. Puis on retire la sonde ; l'enfant est remis à sa nourrice.

Dès le deuxième jour de traitement, l'amélioration est considérable et le troisième jour est généralement complète dans les cas bénins.

Si le muguet est accompagné de quelques troubles peu importants, diarrhée simple, érythèmes des fesses, on les voit s'améliorer sous l'influence de ce seul traitement et l'enfant, placé dans de bonnes conditions d'alimentation et d'hygiène, a vite retrouvé sa santé.

Stérilisation des solutions de cocaïne.

M. Legrand est arrivé à stériliser des solutions de cocaïne à la vapeur humide portée à 105, 110, 120 degrés pendant un temps variant entre dix et quinze minutes, sans altération de la solution. Dans toutes les expériences les solutions de cocaïne stérilisées à la vapeur humide se sont montrées analogues aux solutions ordinaires au point de vue de la rapidité, de l'intensité et de la durée de l'anesthésie. Or on sait avec quelle rapidité s'altèrent les solutions ordinaires de cocaïne.

(*Société de Thérapeutique.*)

Traitement de la sinusite maxillaire par l'insufflation de nitrate d'argent en poudre.

M. le Dr Fein emploie avec succès l'insufflation de nitrate d'argent en poudre au moyen d'un insufflateur dans les cas de sécrétion purulente.

Digitized by Google

EXTRAITS ET TRADUCTIONS

Obturation à la gutta-percha avec interpositions métalliques,
par le Dr PHILIPP (de Varsovie) (1).

Au commencement de son travail, l'auteur insiste sur les résultats défectueux du plombage à la gutta-percha, c'est-à-dire que ce plombage offre peu de résistance aux agents mécaniques (mastication).

Les avantages de ce plombage sont : la facilité d'introduction, l'adaptation facile aux parois des cavités dans les dents cariées, la couleur satisfaisante de cette matière, enfin le peu de solubilité de la gutta-percha dans la salive.

Voulant remédier au peu de résistance de la gutta-percha, des praticiens y ont introduit des parties métalliques ou minérales.

Ces mélanges, selon l'auteur, au lieu de remédier, nuisent à la substance en diminuant sa consistance et si ces mélanges contiennent le métal à un taux élevé l'usage de cet obturant est rendu impossible.

Il en est tout autrement si l'on ne fait pas ces mélanges et pour augmenter la résistance à la pression contraire, il enferme le plombage dans des armatures métalliques.

Celles-ci doivent être placées perpendiculairement de la face masticatrice de la dent jusqu'au fond de la cavité et autant que possible parallèlement à sa paroi. Une telle obturation comprend plusieurs couches mises verticalement l'une après l'autre et fortement unies. Il faut mettre ces couches jusqu'à ce que la cavité soit remplie. La gutta-percha conservera ses caractères de mollesse, mais cette armature augmente sa résistance et rend son usure plus difficile.

Philipp décrit ainsi la technique de ce plombage : la première couche de gutta-percha est appliquée horizontalement au fond de la cavité et verticalement sur la paroi de la cavité, les autres couches perpendiculairement autant que possible dans la direction de la pression de la dent antagoniste. Comme

(1) *Revue odontologique de Varsovie* (traduit par L. Ockynsic).

Digitized by Google

armature, l'auteur se sert de platine en paillettes d'une épaisseur de 3 millimètres. Dans d'autres cas, il se sert d'armature d'or n° 30 ou de platine n° 30 ou 60.

Ces armatures sont préparées avec des ciseaux, elles doivent avoir la profondeur et la largeur des cavités, et doivent être trouées dans leur hauteur deux ou trois fois. Ces trous servent à ce que chaque couche de gutta-percha se joigne à la suivante. Le nombre d'armatures est calculé suivant la grandeur de la cavité. Si elle est petite on ne met qu'une armature. Entre les différentes espèces de guttas pour le plombage, l'auteur préfère la gutta-percha rose de Whitea. L'obturation est très simple : d'abord, l'opérateur met une couche ramollie sur une lampe à alcool, puis il met l'armature de métal, il appuie avec un instrument chauffé jusqu'à ce que la gutta-percha passe par les trous ; ensuite il met la 2e couche de gutta, puis une armature et ainsi de suite, jusqu'à ce que la cavité soit remplie.

Si les armatures dépassent la matière obturante, on peut les faire entrer avec un instrument chauffé surmonté d'une tête et, plus on presse le plombage, meilleur il est. Si on ne peut faire entrer ces armatures, il faut les couper avec un ciseau bien aiguisé, ou avec le tour. Ces obturations s'adaptent à toutes les dents, mais l'auteur conseille de les faire surtout dans les caries de molaires et aussi dans les caries du collet s'étendant jusque sous la gencive, ou dans la carie des dents de lait, le plombage à la gutta-percha pour les dents de devant n'est pas conseillé. Dans les cavités formées de deux autres cavités réunies comme on le trouve souvent dans les grosses molaires, Philipp conseille d'obturer comme pour une seule cavité. Mais pour éviter un écartement inévitable des deux dents, il conseille de tapisser le fond des deux cavités avec de l'or, de réunir ces deux aurifications par une sorte de petit pont en or allant d'une dent à l'autre et d'achever suivant la méthode indiquée. Ce pont doit empêcher l'écartement et en même temps l'inflammation des gencives.

Employé par Philipp cet obturant a, depuis plusieurs années, donné d'excellents résultats.

Il y aurait des objections personnelles à faire au plombage double, chaque dent ayant sa fonction propre. Le plombage s'abîme par le mouvement des dents ; ou bien il y a ébranlement d'une des deux dents par l'autre ; le pont ne peut empêcher la gutta de se placer entre les dents et de les écarter. Enfin ce pont doit s'user par le mouvement des dents voisines.

Mais ce que nous approuvons, c'est l'emploi de la gutta-percha

Digitized by Google

rose de Whitea (une observation d'une résistance de 15 ans).

Trois cas de pseudo-actinomycose chez les enfants (1), par M. T. P. Krasnobaieff.

1° Enfant de trois ans et demi. Dents non altérées. Apparition d'une tumeur dure, immobile, peu douloureuse, au niveau de la première molaire inférieure. Pas de fièvre, pas de troubles quelconques. La tumeur augmentait peu à peu de volume et s'ouvrit bientôt. On trouva dans le pus des séquestres et des grains. A l'examen bactériologique on constata que ces grains se composaient de filaments non arborescents, de 0,6 à 0,8 de largeur, rectilignes ou un peu incurvés, se colorant par le Gram ; entre ces filaments se trouvaient des sortes de cocci oviformes et de courts bâtonnets se colorant également par le Gram. On n'a pu obtenir de cultures pures.

Le traitement consista en curettage de la fistule et administration d'iodure de potassium jusqu'à 5 grammes par jour. La fistule ne s'est fermée qu'au bout de plusieurs mois.

2° Fillette de treize ans, entrée pour une affection du thorax, avec fièvre, points de côté, matité du lobe inférieur du poumon droit et râles ; son tympanique au niveau d'une partie circonscrite de la région pré-sternale. Dans les crachats, on ne trouve ni bacilles de Koch ni actinomyces. La thoracotomie faite au niveau de la zone tympanique a laissé écouler du pus muqueux contenant des granulations jaunes translucides. On institua ensuite le traitement par l'iodure de potassium. La malade est restée en observation pendant plusieurs mois ; son état était toujours mauvais, la fièvre persistait, et elle quitta l'hôpital après avoir pris 278 grammes de Ki, ayant toujours sa fistule et présentant toujours de la matité pulmonaire.

A l'examen des grains on trouva des filaments analogues à ceux de la première observation, mais ne se colorant pas par le Gram.

3° Enfant de cinq ans ; entrée pour troubles pulmonaires (matité, râles, etc.) et état cachectique. Deux mois plus tard se montra, au niveau de la région latéro-sternale droite, une collection fluctuante. La ponction en laissa écouler du pus fétide, épais, et démontra l'existence de nombreux trajets fistuleux. La fillette succomba au bout de trois semaines. A l'autopsie on constata une caverne dans le poumon droit et de

(1) Société de Pédiatrie de Moscou, 16 septembre 1898 (Extrait des *Annales de médecine et de chirurgie infantiles*).

Digitized by Google

nombreux foyers broncho-pulmonaires à droite et à gauche ; l'orifice extérieur menait dans une cavité contenant un peu de pus avec quelques grains. Dans le lobe occipital se trouvait un abcès contenant du pus fétide comme celui du poumon et les mêmes grains. Ces grains étaient formés de bâtonnets de 4 à 8 μ de long, rarement plus courts, ne se colorant pas par le Gram et très peu par les couleurs d'aniline. On distinguait dans ces bactéries 2 à 4 granulations arrondies ou ovoïdes. Des cultures ont été faites par M. Berestneff. La culture aérobie n'a rien donné, tandis que la culture anaérobie, sur de l'agar glucosique et le bouillon glucosique additionné de liquide d'hydrocèle, a donné au bout de deux jours, à 57°, des grains blanchâtres ; dans le bouillon la culture a donné un précipité floconneux blanc. La culture exhala bientôt une odeur désagréable rappelant celle de la culture du bacille de Nicolaïer. Cultivé de nouveau anaérobiquement, ce microbe donna les mêmes bâtonnets que ceux qu'on trouvait dans le pus. Inoculée, cette bactérie n'était pathogène que pour la souris blanche. M. Berestneff propose de désigner la bactérie en question sous le nom de bacterium pseudo-actinomycoticum Krasnobaïevi.

Névralgie faciale épileptiforme et son traitement, par M. Gilbert Ballet, *Bulletin médical*, 29 mars 1899.

Le traitement de la névralgie épileptiforme est soumis aux règles suivantes. Au début, s'il n'est pas démontré surtout par une symptomatologie nette et décisive qu'on ait affaire à la forme grave de la névralgie faciale, on essayera les agents médicamenteux couramment usités contre les névralgies bénignes de la cinquième paire : antipyrine, quinime, etc. ; quand l'inefficacité ou l'insuffisance de ces moyens aura été démontrée, on recourra aux applications électriques sous forme de courants continus. En cas d'échec, après ou sans récidive, on évitera l'usage de la morphine, mais on instituera le traitement par l'opium. Si l'action de ce médicament s'épuise, si les douleurs reviennent fréquentes et vives, on songera à l'intervention chirurgicale.

Décortication de la langue dans le traitement du psoriasis lingual, par Ransohoff.

L'auteur divise les leucoplasies linguales en deux groupes : Le premier comprend les cas où l'on trouve une plaque peu

Digitized by Google

saillante d'apparence perlée et parfaitement lisse. Parfois des fissures irrégulières se forment au niveau de cette plaque. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une atrophie des papilles avec infiltration de petites cellules dans les couches profondes de la muqueuse. Le second groupe comprend les faits plus rares où il se produit une hypertrophie des papilles, presque toujours manifeste à l'œil nu. C'est dans cette catégorie de leucoplasies que la tendance à la dégénérescence maligne est le plus marquée. Le pronostic étant alors généralement défavorable, M. Ransohoff propose de combattre l'affection par une intervention chirurgicale qu'il désigne sous le nom de décortication de la langue et qui consiste à dépouiller cet organe de sa muqueuse ; il a pratiqué cette opération plusieurs fois sans voir survenir de complication ni de récidive.

En constatant avec quelle facilité on peut faire une ablation étendue de la muqueuse linguale, le peu de danger que présente cette intervention et les résultats qu'on obtient, l'auteur a eu l'idée d'appliquer ce procédé aux variétés plus communes de leucoplasies bénignes, qui, sans être douloureuses, occasionnent cependant une gêne assez considérable et ne se laissent guère influencer par le traitement médicamenteux.

(*La Semaine médicale*, 16 août, E. C.)

Du cancer des lèvres, par M. Fricke.

En se basant sur 137 cas de cancer labial observés de 1874 à 1896 à la clinique chirurgicale de Bonn, l'auteur confirme cette constatation, faite par nombre de cliniciens, à savoir que l'affection dont il s'agit est particulièrement fréquente chez les cultivateurs.

En ce qui concerne l'influence de l'usage du tabac sur la genèse du cancer des lèvres, les recherches de M. Fricke ont donné un résultat négatif. Il en a été de même pour l'alcool. Par contre, l'auteur attribue une importance assez considérable aux traumatismes.

Le cancer de la lèvre inférieure s'observe 72 fois plus souvent chez les hommes que chez les femmes tandis que pour la lèvre supérieure l'affection n'est que trois fois plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

L'envahissement du maxillaire inférieur par le néoplasme se produit parfois d'une manière très précoce ; c'est ainsi qu'il a été noté trois fois après le début de l'affection labiale. Cette propagation de la lésion constituerait un symptôme fâcheux

Digitized by Google

au point d'exclure à peu près toute possibilité de guérison radicale. Le pronostic deviendra également très favorable dès que l'on constate la précision de métastases au niveau des ganglions lymphatiques. L'étendue de la lésion primitive n'exerce, par contre, que peu d'influence sur le résultat définitif de l'intervention.

Au point de vue thérapeutique M. Fricke insiste sur la nécessité qu'il y a de soumettre au traitement chirurgical toute excroissance verruqueuse des lèvres qui offre une certaine ténacité. Pour ce qui est du manuel opératoire il recommande l'incision en V, pratiquée à 1 centimètre des bords du néoplasme.

L'extirpation des ganglions lymphatiques doit être effectuée avant l'excision du cancer primitif afin d'éviter la contamination du champ opératoire par des parcelles du néoplasme.

Les résections étendues du maxillaire sont le plus souvent inutiles et trop dangereuses. La plupart des décès survenus à la suite de l'intervention se rapportent à des résections du maxillaire inférieur.

D'une façon générale, on n'a eu à enregistrer à la clinique de Bonn que 9 morts sur 137 opérations. On a noté des récidives seulement dans 41 cas, chez les autres opérés on ne constate, pour le moment, rien de particulier bien que l'intervention remonte, dans la plupart des faits, à trois ans.

(*Semaine médicale*, 16 août — F.)

Digitized by Google

AUT URS ANCIENS

Il est quelquefois utile de relire les anciens auteurs ; on s'aperçoit qu'ils ont souvent dit d'excellentes choses, qu'ils les ont bien dites et très expressément, et que telles méthodes de traitement, telles pratiques, qu'on croyait nouvelles étaient constamment mis en usage par nos vieux praticiens... il y a plus d'un siècle. Cela est bien fait pour rendre plus modestes ceux qui croient à chaque instant tout inventer et tout renouveler, dans une spécialité qui a eu chez nous et depuis longtemps, qu'on le sache bien, de très remarquables représentants. Il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

Nous appelons l'attention sur les extraits suivants :

BOURDET, 1786. — *L'Art du Dentiste.*
Traitement de la pyorrhée alvéolaire.

J'ai toujours remarqué que la suppuration ne se formait aux gencives que quand elles étaient dégarnies de leurs alvéoles et qu'elle venait précisément de l'endroit où cette partie osseuse était dégradée. Ce qui la produit, c'est que la gencive, qui ne se retire point alors, ou qui, du moins s'affaisse peu, quoique dépourvue d'alvéole, ne peut se réunir sur la racine, laquelle aussi bien que la gencive est dépourvue de périoste. Aussi cette gencive qui cherche naturellement à se réunir et à se rattacher, ne trouve plus dans la racine qu'un corps étranger dont la seule présence fait naître une infinité de petits ulcères, sources de la suppuration, ces petits ulcères se forment du côté de la gencive qui répond à cette racine, en fournissant sans cesse un pus visqueux et blanchâtre...

Quand la maladie n'a pas fait trop de progrès, on peut arrêter la suppuration en retranchant la partie de la gencive dénuée d'alvéole, avec laquelle on emporte tous les petits ulcères que fournit l'humeur ; alors la dent, qui

Digitized by Google

se trouve encore avoir du soutien par ce qui reste de la gencive et de l'alvéole, subsistera plus longtemps et reprendra plus de solidité qu'en laissant subsister la gencive. Qu'arrive-t-il en effet en conservant l'intégrité de cette gencive ? cet ulcère fournit continuellement du pus, malgré tous les remèdes intérieurs et tous les topiques qu'on emploie....Revenons aux moyens de guérir la suppuration de gencives... Quand la suppuration n'a point fait de trop grands progrès, que l'alvéole n'est pas détruite fort avant, et qu'il en reste encore assez pour maintenir la racine, on peut en arrêter le cours ; il s'agit d'avoir un cautère plat et délié que l'on fait rougir au feu ; on l'insinue au fond du vide qui se trouve entre la gencive et la dent, et on l'y reporte deux ou trois fois en observant de bien brûler la gencive dans toute la face qui répond à la racine...; il faut cautériser plusieurs fois si c'est nécessaire... Enfin, si l'écoulement ne cesse point, le seul parti qu'il y ait à prendre pour le guérir est d'emporter toute la partie de la gencive qui est dépourvue d'alvéole, l'opération se fait avec des ciseaux... On coupe la gencive des deux côtés de la poche, dans toute son étendue, en faisant terminer les deux incisions en triangle ; tous les ulcères étant ainsi emportés avec la portion de la gencive, on nettoie bien la racine ; trois ou quatre jours après, on examine attentivement et l'on presse avec les doigts le résidu de la gencive, pour s'assurer s'il reste encore de la matière en quelqu'endroit. S'il en parait vers la partie latérale ou vers l'extrémité de la racine, il faut de nouveau couper la gencive pour emporter le reste des ulcères.

LAFFORGUE, 1802. — *L'Art du Dentiste.*
Greffes des dents sèches.

Quand une dent, à la partie antérieure de la mâchoire supérieure, est cariée, qu'elle déplait par sa couleur, ou qu'elle cause de la douleur, on veut (quand on est riche) la faire ôter et en faire mettre une autre avec une racine.

Les petits ramoneurs à Paris, sont ordinairement d'excellente santé ; la pauvreté et l'ignorance du prix de leurs

Digitized by Google

dents les portent à se les laisser arracher pour de l'argent, les dentistes les arrangeant pour être mises à la place de celles qu'ils veulent remplacer.

On en met aussi de sèches, c'est-à-dire qui ont été arrachées depuis longtemps, bien nettoyées et bien macérées dans l'eau; les dentistes en substituent de celles-ci à celles qu'ils ont dit avoir arrachées aux adolescents. Ils trouvent plus de facilités à en assortir de cette manière qu'à faire des arrachements à des enfants connus sains et de volonté à vendre leurs dents, parce qu'il en faut beaucoup pour trouver une dent qui ressemble à celles qu'on veut remplacer.

Les difficultés insurmontables de trouver une dent qui ait une racine semblable à celle qu'on va remplacer font que les dentistes en ont de sèches dans leurs poches; pour suppléer à la grande ressemblance, ils prennent celle qui approche le plus de la ressemblance et l'ajustent le mieux qu'ils peuvent. Cette substitution toujours forcée par les motifs ci-dessus et toujours cachée à l'opéré, indique le chemin le plus court et le moins coûteux.

Digitized by Google

VARIÉTÉS

Transformation artificielle des dents de cochon.

D'après une communication de Tegetmeier, basée sur des informations qu'il a recueillies des indigènes des Nouvelles-Hébrides, il paraît que ces naturels influencent, dans leur croissance, les canines de leurs cochons domestiques au point de les transformer en anneaux complets qui sont un objet de parure très recherché. Ces cochons ne sont probablement pas des descendants des cochons importés, devenus sauvages comme ceux de la Nouvelle-Zélande, mais proviennent d'une espèce indigène qui fait l'objet d'un commerce important dans cette contrée.

On achète les animaux jeunes pour les engraisser. Avant de commencer l'engraissement, les indigènes arrachent aux mâles les deux canines du maxillaire supérieur, ce qui produit l'allongement des dents correspondantes du maxillaire inférieur. Comme ces dernières ne sont plus usées par leurs congenères supérieures, elles se développent en forme de défenses, mais non en ligne droite, ni légèrement courbée; elles croissent en cercle, de telle sorte qu'elles forment après un certain temps un anneau, la pointe se recourbant jusqu'à toucher la racine. Il arrive donc ce qui se produit chez nombre de rongeurs (rats, lapins, lièvres), lorsqu'ils perdent une dent de devant : la correspondante subit un tel allongement qu'ils ne peuvent plus ronger et meurent. Chez le cochon des Nouvelles-Hébrides, la dent qui n'a plus sa correspondante pousse si vite qu'elle fait quelquefois deux tours en formant une boucle, en repoussant ses voisines, tandis que sa racine s'hypertrophie jusqu'à former une tumeur qui fait saillie hors de la mâchoire. Le cochon n'est sacrifié et mangé que lorsque ses canines ont acquis la forme désirée. Ces canines ainsi développées en anneau sont pour les indigènes un objet de parure courant, et portées particulièrement en guise de bracelet (*Deutsche Zahnærztliche Wochenschrift*).

(*Traduit par* A. Bloch.)

Digitized by Google

ANALYSES

Tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu. Les adresser au secrétaire de la Rédaction.

I. — De l'éruption des dents temporaires ; son mécanisme, ses accidents, par le Dr Besson.

Le sujet que M. le Dr Besson s'est proposé de traiter dans sa thèse inaugurale est certes l'un des plus intéressants, non seulement au point de vue spécial de la pathologie dentaire, mais encore à celui de la pathologie infantile générale. Depuis longtemps déjà il a donné matière à de nombreuses discussions qui, croyons-nous, ne sont pas encore définitivement closes, mais qui arriveront peu à peu à mieux se limiter et se préciser si de nombreux travaux se produisent sur ce même sujet composés avec le même soin, le même souci de recherches que M. Besson a apportés à son étude.

Après un historique fort bien tracé de tous les débats que souleva la question et qui mit aux prises, plutôt parallèlement que contradictoirement sur un même terrain, cliniciens et spécialistes, l'auteur envisage l'éruption des dents temporaires dans son mécanisme intime pour lequel il invoque des vues tout à fait nouvelles empruntées à l'un des maîtres de l'histologie, M. le professeur Malassez. C'est ainsi qu'une théorie ingénieuse, si elle se trouve confirmée par la suite, compare le phénomène de l'éruption à celui de l'excrétion d'une glande, au moins en ce qui concerne l'organe adamantin. Enfin pour M. Besson qui s'appuie en cela sur les travaux du Dr Redier, le simple développement de la racine ne suffirait pas à expliquer le mécanisme de sortie de la dent temporaire ; il conviendrait d'y ajouter comme agents actifs des phénomènes d'ostéite raréfiante, puis condensante se produisant tant aux dépens de l'organe dentaire que du tissu alvéolaire.

La seconde partie de l'ouvrage du Dr Besson, celle qui a trait aux accidents de l'éruption est celle à laquelle l'auteur a donné le plus de développement, la première partie ne faisant que la préparer. C'est à l'âge de 3 mois que M. Besson fait re-

Digitized by Google

monter, avec la période physiologique active de l'éruption dentaire, le début de la même pathologie. Toutefois pour l'auteur, ce qui domine avant tout cette pathologie c'est l'état général même du sujet. C'est donc déjà limiter le problème que déclarer que les troubles de dentition devront s'observer presque exclusivement chez les enfants déjà porteurs de tares chez lesquels tout travail de croissance est dévié du type normal, et chez qui l'organisme altéré réagira sous l'effet des moindres réflexes.

M. Besson a joint à son argumentation plusieurs observations d'accidents locaux ou généraux et d'ordre réflexe. Il nous semble pour notre part que c'est sur ce chapitre des observations que peut sans cesse se rouvrir l'éternel débat auquel nous faisions allusion plus haut. Au double point de vue dentaire et infantile avec quel soin et quelle compétence ces observations doivent-elles être prises pour être vraiment probantes ! Il convient dans de tels cas de se mettre bien en garde contre l'écueil du *post hoc, ergo propter hoc ;* enfin il faut bien enregistrer si tout ce qui se produit à l'occasion de la dentition et lui est imputé ne se produit pas également en dehors des poussées de celles-ci.

Néanmoins ce qui semble ressortir des diverses observations publiées par M. Besson c'est que toujours, lors des accidents notés, la gencive était plus ou moins traumatisée. Il nous semble donc qu'à la totalité de ces observations aurait pu s'appliquer la théorie du Dr Cruet qui attribue à un processus infectieux les accidents de dentition et qui ne crée de la sorte qu'un groupe d'accidents en conformité avec les théories modernes. Volontiers nous ne verrions que des différences de degrés entre les accidents de la première dentition et ceux survenant à l'occasion de l'éruption des dents de sagesse, accidents infectieux avec propagation de voisinage aux voies digestive et respiratoire, si proches.

Les accidents accompagnant la sortie de la dent de 6 ans avec l'herpès buccal si fréquent, amygdalite et fièvre, n'en seraient-ils pas encore une confirmation ?

Enfin dans la thérapeutique appliquée par le Dr Besson et systématisée aux badigeonnages d'iode, ne voyons-nous pas encore une nouvelle confirmation de ces idées.

Quoi qu'il en soit, la thèse du Dr Besson demeurera dans les travaux récents de stomatologie l'une des plus fortes études sur une question aussi passionnante. Elle tire son grand intérêt non seulement du sujet qui en est l'objet, mais encore et

Digitized by Google

surtout de la façon remarquable dont il a été abordé par son auteur qui, avec une grande somme de connaissances, expose et discute face à face chaque théorie, multiplie les exposés ingénieux avec une précision de savant et une élégance de lettré.

II. — Recherches cliniques et microscopiques sur la séméiologie de la langue, par le Dr M. Coffinas.

Il n'était certes pas mauvais, à une époque où la clinique est quelque peu victime du laboratoire, de revenir sur cet examen de la langue au point de vue du diagnostic des différentes maladies (presque toutes) qui modifient son aspect et en font presque un miroir de l'état pathologique.

Presque tout, semblerait-il, avait été dit sur ce sujet, depuis les magistrales monographies de Lasègne ; cependant depuis, certaines affections, comme la grippe, se sont implantées chez nous avec des formes et complications inconnues jadis et l'auteur a pu faire preuve de certaine originalité en décrivant l'état de la langue dans les diverses manifestations de cette maladie.

En tout cas, le travail du Dr Coffinas a le mérite de résumer, classer et condenser des descriptions éparses un peu partout et que le praticien consultera avec fruit.

III. — Contribution à l'étude de l'innervation des muscles du voile du palais, par le Dr L. Rousseau.

La thèse de M. le Dr Rousseau sera d'un réel intérêt pour les anatomistes purs et les laryngologistes, mais si le voile du palais appartient à ces derniers en tant que jouant un rôle dans la phonation, nous avons aussi à le connaître comme organe buccal.

La question de son innervation est un sujet encore bien débattu, mais d'observations fort bien prises et de déductions très scientifiquement tirées, il nous semble que l'auteur a de sérieuses raisons de faire du vagospinal le nerf moteur du voile du palais et de refuser ce rôle au facial.

Dr L. Bouvet.

Digitized by Google

CORRESPONDANCE

Réponse au Dr Bouyer d'Angoulême (1).

Mon cher Confrère,

Dans le dernier numéro de la *Revue* vous faites une proposition qui consisterait à faire discuter par la *Société de Stomatologie* le mode d'emploi du chlorhydrate de cocaïne en injections pour les opérations dentaires, et vous demandez que la dose du médicament à injecter d'une part et le titre de la solution employée d'autre part, soient exactement déterminés une fois pour toutes. Vous voulez bien d'ailleurs citer pêle-mêle les opinions des différents auteurs qui se sont occupés de la question, les médecins et les autres.

Je sais avec quel zèle et quelle ardeur, mon cher confrère, vous avez adopté notre spécialité, et quel désir vous montrez de vous perfectionner dans notre art en vous éclairant de toutes les notions scientifiques et pratiques. C'est pour cela que je me fais un devoir de répondre à votre proposition et de vous exposer très succinctement les raisons qui font, suivant moi, qu'elle ne pourrait aboutir à un résultat pratique.

Et tout d'abord, il est évident que les opinions diverses que vous avez citées complaisamment se reproduiraient exactement dans la discussion, appuyées chacune d'arguments plus ou moins probants et que la question resterait en l'état ; et si, par hasard, la Société de Stomatologie voulait tirer de la discussion et des opinions contradictoires une conclusion qui aurait la prétention de s'imposer à tous, elle aurait dépassé la limite de ses droits d'abord — ensuite elle ferait une mauvaise besogne, je dirai plus elle ferait quelque chose d'anti-médical. Je m'explique :

(1) Par suite d'une erreur typographique la lettre du Dr Bouyer avait été publiée sous le nom de Bouger dans le dernier numéro. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de rectifier cet erratum.

Digitized by Google

ce n'est point, je crois, avoir réfléchi suffisamment, ni faire preuve d'un véritable esprit médical, que de penser qu'en médecine, dans l'ordre thérapeutique surtout, des règles fixes puissent être ainsi posées à l'emploi des médicaments, surtout lorsqu'il s'agit de doses. Dans la question qui nous occupe, celle des injections de cocaïne, il serait bien téméraire, je dirai même dangereux, d'indiquer une dose *ne varietur*, à injecter dans les gencives. Car telle dose doit convenir dans tel cas avec tel sujet, tel tempérament, tel état de santé, etc.; telle autre dose conviendra, dans d'autres conditions dont le médecin reste juge, dans chaque cas particulier. Et c'est à cela qu'il faut en venir; et je crois bien que si la Société de stomatologie était appelée à se prononcer sur la question que vous posez, c'est à cette conclusion qu'elle aboutirait: c'est qu'avant tout, il faut être médecin pour manier des agents thérapeutiques comme le chlorhydrate de cocaïne; pour savoir quelle dose doit être employée suivant les cas; c'est au médecin qu'il appartient de se déterminer par les considérations d'ordre divers, dont j'ai parlé tout à l'heure. Si l'on pouvait fixer d'avance la dose du sel à injecter indistinctement pour tous les cas et toutes les opérations, ce serait très simple et à la portée du premier venu, mais aussi trop commode; car cela dispenserait de tout examen, de toute considération médicale, et aussi de toute responsabilité, ce qui ne saurait évidemment être dans votre pensée.

Mais je ne veux pas davantage développer cet ordre d'idées; et je ne veux pas surtout entrer dans la discussion de fond que vous proposiez; je crois que nous nous entendons maintenant et que nous nous entendrons surtout sur cette conclusion: que le médecin doit, de toute évidence, s'aider de toutes les recherches, de tous les travaux, de toutes les opinions émises touchant l'emploi du chlorhydrate de cocaïne, et se fortifier surtout de sa propre expérience, mais qu'il doit ensuite se décider seulement en face du malade ou du patient sous sa responsabilité.

L. Cruet.

Digitized by Google

NOUVELLES

M. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, a reçu de M. le ministre de l'intérieur la croix de Chevalier de la Légion d'honneur à l'occasion du 14 juillet dernier.

Notre ami le Dr Follet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rennes, est nommé professeur de clinique médicale à la même école.

Nous apprenons la mort du Pr. Bunsen qui a occupe pendant longtemps la chaire de chimie expérimentale à l'Université d'Heidelberg, et qui est l'inventeur du brûleur si souvent employé dans nos laboratoires.

Le 25 juillet dernier a eu lieu en l'hôtel des Sociétés savantes la réunion générale des membres du Congrès de Stomatologie de 1900. Le rapport de M. Pietkiewicz fait prévoir la complète réussite du Congrès et mentionne de nombreuses adhésions. L'assemblée a approuvé toutes les dispositions qu'a prises le bureau, et l'a félicité des résultats déjà obtenus.

La commission des prisons d'Angleterre a décidé de fournir aux pensionnaires des prisons des brosses à dents pour leur usage personnel.

Ceci prouve une fois de plus, que nos voisins d'Outre-Manche ont un grand souci de l'hygiène buccale. Peut-être ferions-nous bien en France de nous inspirer un peu de leurs principes ; et, en attendant que notre sollicitude aille jusqu'aux prisonniers, ne pourrions-nous pas apprendre l'importance des soins de la bouche aux enfants des écoles, et aux soldats. Ces derniers surtout, auxquels on ne ménage pas les brosses à astiquer, ne devraient-ils pas posséder aussi des brosses à dents ?

Digitized by Google

Le juge du district de Bergalose a jugé dernièrement un curieux procès. Un dentiste de ce district poursuivait l'entraîneur d'une écurie de courses, qui refusait de lui payer les soins qu'il avait donnés aux chevaux. Il réclamait entre autres des honoraires pour avoir plombé les dents de vingt-neuf chevaux. Le dentiste a gagné son procès.

Le Congrès odontologique Espagnol aura lieu à Barcelone les 23 et 24 septembre.

Le procès-verbal de la séance de juillet de la Société de Stomatologie ne devant être adopté qu'à la prochaine réunion du mois d'octobre, le compte rendu n'en sera publié que dans le numéro de novembre.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Paris, 2 au 9 août 1900.

Le XIIIe Congrès international de Médecine se tiendra à Paris du 2 au 9 août 1900. Ce Congrès comprendra une section de Stomatologie à laquelle seront admis les docteurs français et étrangers qui s'occupent de cette branche médicale.

Le bureau du comité d'organisation de cette section a été ainsi constitué :

Président :	Dr Pietkiewicz.
Vice-Présidents :	Cruet.
	Gaillard.
Secrétaire général :	Ferrier.

N. B. — Toute communication, toute demande de renseignements devra être adressée au Secrétaire général, le Dr Ferrier, 39, rue Boissy-d'Anglas.

Digitized by Google

CLIENTÈLES

A céder (*pour raisons de famille*) cabinet dentaire, situé dans le 1er arrondissement, muni de tout le confort moderne et possédant une belle clientèle. S'adresser sous pli cacheté, initiale H. Z. à la maison Cornelsen, fournisseur pour dentistes, 16, rue St-Marc, Paris.

Docteur en médecine, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, désire place d'opérateur, ou part de cabinet avec promesse de cession. Pressé.

(*S'adresser au Journal aux initiales N. C.*)

A céder dans une station hivernale méditerranéenne un cabinet de docteur-dentiste d'un produit annuel de 35 à 40.000 francs. Conditions à débattre.

(*S'adresser au bureau du Journal.*)

Digitized by Google

Digitized by Google

TRANSPLANTING OF TEETH.

A propos de l'extrait de Lafforgue (1820) publié dans le dernier numéro de la *Revue de Stomatologie*, M. le Dr Albert Bloch nous adresse le cliché ci-contre reproduisant une estampe de Bowlandson, datant de 1787. C'est une caricature relative à la greffe par transplantation.

Digitized by Google

SUGGESTION ET ANESTHÉSIE DANS LES EXTRACTIONS DENTAIRES,

PAR

Dr Albert Bloch.

Dans l'appréciation des résultats que donne l'anesthésie pour l'extraction des dents, il nous semble que l'on ait jusqu'à présent négligé un facteur important, à savoir la suggestion, voulue ou non, mais certaine, que l'opérateur exerce sur son patient.

Il est bien évident que le client qui vient s'asseoir dans le fauteuil pour subir une extraction se trouve dans un état psychique particulier, il est très propre à être impressionné par les influences extérieures, et nous croyons qu'on doit le suggestionner dans un sens favorable pour que, après l'opération pratiquée avec anesthésie locale ou générale, il ait conscience de n'avoir *rien senti*.

Si nous analysons, en effet, les sensations éprouvées par le patient au cours d'une extraction, nous devons distinguer, d'une part, la sensation très désagréable et très impressionnante de l'effort, souvent considérable exercé par l'opérateur, et transmis par l'intermédiaire du levier employé (davier ou élévateur) aux os de la face, et d'autre part, la sensation plus ou moins douloureuse que produit la torsion et la rupture du ligament alvéolo-dentaire.

Le patient, dans la plupart des cas, n'est pas assez psychologue pour sélectionner ses sensations, ou du moins, ne jouit pas pour cela d'une liberté d'esprit suffisante ; de sorte que, même parfaitement insensibilisé, il est toujours porté à interpréter *dans un sens douloureux* l'impression désagréable qu'il a ressentie.

Il convient donc, avant de procéder à une extraction, de bien établir dans l'esprit du patient la conviction de l'insensibilisation qui va se produire, et de l'avertir des

Digitized by Google

manœuvres peut-être laborieuses, mais non point douloureuses que nous allons exercer sur sa mâchoire.

Du reste, il nous sait infiniment gré de l'assurance, parfois mensongère, que nous lui donnons de ne point le faire souffrir : il se trouve dans des conditions de réceptivité parfaites pour accepter notre suggestion, bien mieux, il demande à la recevoir, et son regard interrogateur et suppliant nous en avertit assez ; car il est à remarquer que l'espèce humaine éprouve une répugnance invincible à subir la douleur, toute spéciale, que cause l'extraction d'une dent, si bien que des missionnaires ont obtenu, chez des nègres, leurs plus belles conversions grâce à une application judicieuse de nos daviers modernes. Peut-être y a-t-il chez nous un effet d'atavisme, et le souvenir des extractions difficiles qu'ont subies nos ascendants, qui ne connaissaient pas les bienfaits de l'anesthésie, s'est-il transmis de génération en génération d'une façon assez vivace pour faire naître chez les patients cette appréhension, qu'ils vont éprouver, quoique anesthésiés, une douleur insupportable. D'où la nécessité de leur inspirer la conviction qu'ils n'éprouveront que le sentiment d'énucléation de la dent, dégagé de toute sensation douloureuse, non seulement afin de les voir nous témoigner leur satisfaction, à défaut de leur reconnaissance après l'extraction, mais afin d'obtenir leur concours *pendant* l'opération, qui peut être longue et difficile.

Une extraction dentaire étant une opération chirurgicale, il nous importe avant tout de *bien voir* afin de réserver la totalité de notre puissance musculaire pour un effet utile, et de ne pas faire de dégâts superflus dans la région où nous opérons ; pour cela, il est indispensable d'obtenir de notre patient à la fois confiance et soumission. Ceci nous permettra d'avoir un champ opératoire bien éclairé et commodément accessible. Puis, au cours de l'extraction, pendant la prise de la dent et durant les mouvements de luxation, dont la durée, si courte qu'elle soit, est toujours très appréciable pour le patient, il vaut mieux ne point être distraits de notre travail par des cris et des mouvements intempestifs qui ne sont point la tra-

Digitized by Google

duction d'une souffrance éprouvée, mais l'expression d'une terreur à laquelle les natures les mieux trempées n'échappent pas.

Quoique anesthésié, le patient « vit » le temps de l'extraction avec l'angoisse d'éprouver à un moment donné une douleur atroce ; il attend cette douleur avec une appréhension pénible, se figure généralement la ressentir au moment où il perçoit l'énucléation de la dent, et, l'opération terminée, il a, dans son imagination, éprouvé une véritable souffrance qui, ajoutée à la sensation désagréable des mouvements de luxation, laisse dans son esprit une impression douloureuse.

Nous devons donc suggestionner notre patient pour réduire au minimum, l'appréhension et la douleur, si nous ne pouvons les supprimer entièrement, afin de compléter ainsi les effets de l'anesthésique.

D'ailleurs il ne faut pas croire que, pour obtenir une suggestion efficace, il faille rencontrer « un sujet ». Tout individu, de par sa qualité de patient se trouve dans les conditions requises pour être suggestionné avec succès, et je me demande s'il ne serait pas possible d'expliquer les divergences d'opinion au sujet de l'anesthésie locale, par le plus ou moins d'aptitude de l'opérateur à persuader le patient de l'insensibilisation qui va se produire. — Autrement dit, un opérateur expérimenté n'obtiendrait-il pas le même degré d'anesthésie et un résultat satisfaisant avec une quelconque des solutions actuellement en usage pour l'anesthésie locale ; et la même solution titrée, de cocaïne par exemple, ne donnera-t-elle pas, en des mains différentes, des résultats insuffisants ou excellents suivant les aptitudes individuelles de l'opérateur et l'ascendant qu'il sait prendre sur son patient.

Dans l'application de l'anesthésie générale, la suggestion n'est pas moins nécessaire. Les livres classiques qui traitent de la chloroformisation recommandent particulièrement de rassurer le malade, de causer avec lui, de dissiper toute appréhension, c'est-à-dire, de lui suggérer la conviction que tout se passera bien. En ce qui concerne notre spécialité, je ne saurais mieux faire que d'emprunter

Digitized by Google

au Dr Abraham (de Berlin) les quelques lignes suivantes, dont la lecture est instructive.

. . . . . Lorsqu'on emploie un anesthésique général, il faut causer avec l'assistant, de telle façon que le sens de la conversation produise un effet suggestif ; par exemple : on dit « Voyez comme le patient s'endort doucement : il n'éprouvera certainement pas la moindre douleur ». L'effet de la suggestion est d'une importance extraordinaire au réveil, et peu de temps après la cessation de la narcose. Il faut éviter soigneusement toute question concernant l'état du patient, et surtout cette question détestable : « Avez-vous senti quelque chose ? » Neuf fois sur dix, le patient ne manque pas de répondre « oui », et il se figure avoir senti quelque chose alors qu'il n'en est rien. La question « Avez-vous senti ? » suggère évidemment « Vous avez senti ».

Lorsque le patient ouvre les yeux et regarde autour de lui il faut dire d'un air assuré et tranquille : « Eh bien ! Vous revenez de loin ? Vous avez dormi profondément et vous n'avez rien remarqué de toute l'opération. » Cette affirmation a un effet suggestif si le patient s'est réveillé et a crié au cours de l'extraction. Si, par hasard, il a quelque souvenir on doit soutenir tranquillement que ce qu'il a remarqué, ce n'était pas l'extraction, mais l'enlèvement du baillon ou de l'ouvre-bouche, que l'extraction était déjà faite à ce moment, et qu'il a fort bien dormi.

Ces sortes de mensonges ne manquent pas d'être acceptées et contribuent au bien-être du patient. Pour s'en convaincre, il faut réfléchir à cela, que certains anesthésiques, comme le protoxyde d'azote, peuvent produire une complète analgésie, mais sans amnésie. Le patient se souvient de quelques manœuvres au commencement de la perte de la conscience et, comme il connaît la marche d'une extraction, ou qu'il peut se la figurer au moyen de quelques souvenirs, il s'en représente le spectacle complet, et se figure y avoir assisté tout au long. Une suggestion efficace peut, aussitôt après la narcose, et au moment où la réceptivité suggestive est peut être plus marquée, empêcher cette reconstitution, et imposer au malade le sentiment bienfaisant qu'il n'a rien remarqué de cette cérémonie effrayante.

On ne saurait donc négliger dans la pratique de l'anesthésie un élément aussi important que la suggestion, et

Digitized by Google

nous avons tout avantage à nous en faire un auxiliaire utile, au lieu de laisser notre client s'autosuggestionner lui-même : mentionnons, par exemple, l'accalmie qui succède la plupart du temps aux plus violentes rages de dents lorsque le patient pénètre dans notre cabinet ; et ce phénomène se produisant souvent à l'instant précis où il franchît la porte de notre maison, notre client, se leurrant d'une fausse espérance, remet à une date ultérieure le traitement d'une pulpe infectée et nous revient un beau jour avec une périostite bien établie et le regret d'avoir obéi à sa suggestion.

LETTRE SUR L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE EN FRANCE A M. LE Dr Z. (1)

PAR

par le Dr Cruet.

Vous avez bien voulu m'exprimer le désir de connaître mon opinion sur la question si capitale de l'enseignement dentaire en France ; je suis tout disposé à vous l'exposer brièvement ; mais, pour ce faire, je suis obligé de me placer à deux points de vue fort différents, qu'il vous sera facile de comprendre : le point de vue théorique ou général, qui fait table rase de la législation actuelle et relativement récente sur le sujet en France ; et le point de vue pratique, opportuniste, si l'on veut, qui tient forcément compte de la situation nouvelle dérivant de la loi médicale de 1892, celle qui a créé, dans des conditions déterminées, le diplôme de chirurgien-dentiste, et un enseignement spécial.

(1) Cette lettre devait être adressée à M. le Dr Z. délégué par son Gouvernement pour étudier l'enseignement dentaire en France, et qui avait bien voulu demander à l'auteur de lui faire connaître ses vues sur le sujet. Nous la publions sous sa forme première, bien qu'elle n'ait point reçu sa destination naturelle, comme préambule à une étude plus approfondie que nous ferons certainement d'une question depuis longtemps déjà débattue, mais qui n'a pas encore reçu, nous l'espérons, sa solution définitive.

Digitized by Google

Mon opinion théorique n'a jamais varié ; c'est l'opinion représentée naguère avec éclat en France par Magitot, soutenue par les médecins les plus éminents, et en particulier par Dechambre (art. *Dentistes*, Dict. Encyclopédique) à l'aide d'arguments qui n'ont jamais été réfutés et ne pouvaient l'être : l'odontologie, ou, comme l'on dit plus justement aujourd'hui, la stomatologie constitue, au même titre que les autres spécialités médicales ou chirurgicales (ophtalmologie, laryngologie) une branche de l'art de guérir, nécessitant la même instruction préparatoire, les mêmes connaissances générales, en anatomie, en physiologie et en pathologie. Ces connaissances, de leur nature, ne peuvent se scinder, et forment un ensemble indivisible que tout médecin digne de ce nom est tenu de posséder, sous peine d'une évidente et irréparable infériorité, d'une véritable disqualification.

L'art dentaire, ou plutôt disons toujours la stomatologie, est une branche de la médecine et de la chirurgie à laquelle le spécialiste applique plus particulièrement ses connaissances générales et ses facultés. Or, en France, la seule garantie qui existe de ces connaissances, indispensables à qui veut exercer l'art de guérir, réside tout entière et uniquement dans le titre de docteur en médecine ; le diplôme embrasse et couvre toutes les spécialités ; pour chacune d'elles, et dans chacune d'elles, il donne au public la seule et unique garantie qu'il soit en droit d'exiger de celui qui le soigne dans quelque partie de son corps ou de ses organes : la garantie que sa santé et sa vie sont à l'abri du danger provenant de son ignorance médicale.

Le diplôme de docteur est donc indispensable pour l'odontologiste, et seul il doit être exigé, puisqu'à lui seul il donne les garanties primordiales. Est-ce à dire qu'il soit suffisant pour faire un dentiste, un stomatologiste ? certainement non, pas plus qu'il n'est suffisant pour faire un oculiste ou un orthopédiste, mais à chacun d'eux il assure la somme de connaissances médicales nécessaires pour qu'il puisse aborder et exercer sa spécialité sans danger pour la santé publique ; et cela seul

Digitized by Google

est important. Il n'est donc pas plus nécessaire de demander un diplôme spécial au dentiste qu'à l'auriste ou à l'oculiste. Devons-nous en conclure que l'Etat, que la Faculté de médecine doivent se désintéresser de l'enseignement spécial? Nullement. Mais nous ne nous trouvons plus ici en face d'un caractère de nécessité, mais d'un caractère d'utilité relative; et, dans ce dernier ordre d'idées, nous sommes évidemment en droit de demander ce qui se fait pour d'autres spécialités, c'est-à-dire, un enseignement théorique et un enseignement pratique ou clinique; enseignement théorique à la Faculté ou annexé; enseignement clinique dans les hôpitaux, où les services existants, mais incomplètement organisés, pourraient prendre rapidement plus de développements.

La Stomatologie n'a pas à réclamer d'avantages, ni de privilèges particuliers. L'Etat d'ailleurs a toujours été et sera toujours impropre à donner un enseignement technique complet: ce sont les particuliers ou les écoles privées seuls qui peuvent achever ce que l'enseignement officiel ne fera jamais qu'ébaucher ou indiquer. L'Etat n'a pas plus mission de former des aurificateurs ou des mécaniciens que des bandagistes ou des lunetiers; il est incompétent, et il y est déplacé.

Pour résumer mon opinion théorique: nécessité, pour exercer l'odontologie, de posséder le diplôme de docteur en médecine, ou, sous une autre forme: un seul diplôme médical sous l'égide duquel s'exercent dans l'égalité parfaite, toutes les spécialités médicales. Mais l'État donne un enseignement théorique spécial à la Faculté de médecine, et un enseignement clinique dans les hôpitaux. L'enseignement technique et professionnel se perfectionne, au besoin, dans les écoles privées et chez les praticiens.

Mais, à l'heure actuelle, en France, il ne s'agit pas de faire une législation pour les dentistes; elle existe depuis l'année 1892, et si l'on peut prévoir des changements possibles dans un avenir lointain, il ne semble pas qu'elle doive être modifiée prochainement. Or, la loi a créé en dehors et à côté du diplôme de docteur en médecine, le diplôme de *chirurgien-dentiste*, et elle a organisé un en-

Digitized by Google

seignement particulier, c'est-à-dire restreint au point de vue médical et très développé au point de vue spécial et technique de la stomatologie. Il faut donc nous placer désormais sur le terrain nouveau, et pour cela examiner succinctement comment il conviendrait de modifier cet enseignement (la chose est possible), pour que, si défectueux que nous le jugions dans son principe, il puisse donner encore des résultats à peu près satisfaisants.

Je formulerai d'abord d'une manière très simple le but que doit se proposer cet enseignement : puisqu'on n'a pu faire, ou puisqu'on n'a pas voulu que le dentiste fût un médecin, il faut remédier, dans la mesure du possible, à cette lacune initiale, c'est-à-dire faire, dans l'enseignement spécial, la part la plus large possible aux notions de médecine et de chirurgie générales, soit au point de vue théorique, soit au point de vue clinique ; et partir de ce principe, que le dentiste ne sera jamais trop médecin.

Examinons donc sous cet aspect le programme d'études des futurs dentistes, tel qu'il a été compris dans les règlements d'études et d'examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste. Je néglige à dessein tout ce qui est enseignement technique et professionnel, et que je déclare suffisant, soit dans le programme d'études, soit dans le programme d'examen, puisqu'à mon avis, cet enseignement peut être donné partout ailleurs, mieux et plus utilement que dans des écoles officielles.

L'enseignement général doit comprendre, d'après le décret du 25 juillet 1893, au moins un cours d'anatomie et de physiologie, un cours de pathologie générale, un cours sur la pathologie et la thérapeutique spéciales ; de plus, les écoles enseignantes autorisées par le même décret, doivent posséder un laboratoire d'histologie, de bactériologie et de dissection. D'après ce programme, on peut supposer que les jeunes élèves, malgré leur manque de préparation intellectuelle et la faiblesse de leur instruction générale, auront, avec de l'application et surtout de bons professeurs, des connaissances théoriques suffisantes, en anatomie, physiologie, etc. Mais comment admettre qu'ils

Digitized by Google

seront pour cela devenus médecins, puisqu'ils n'auront jamais vu de malades, ni fréquenté assidûment les hôpitaux, puisqu'il n'est point fait mention, dans le règlement d'études, de la nécessité pour eux de suivre les cliniques hospitalières. Ils n'auront connu les maladies de la bouche qu'aux écoles, et pour qui sait comment celles-ci fonctionnent, que les maladies des dents. Est-ce ainsi qu'on peut devenir médecin ou chirurgien ? Je n'insiste pas, car il faudrait ici de longs développements. Mais on voit de suite la lacune qu'il est indispensable de combler dans le programme d'études des futurs dentistes ; il faut intercaler dans ce programme un article qui les oblige à fréquenter les services cliniques de médecine et de chirurgie générales, pendant les trois années de leurs études dentaires et à devenir médecins par la fréquentation habituelle des malades, et de toute espèce de malades. Sans cette obligation, leur titre de *médecin* ou de *chirurgien-dentiste*, ne sera jamais qu'un leurre destiné à faire illusion au public et à eux-mêmes.

Si l'on veut reconnaître avec nous cette nécessité de plus de connaissances médicales, voici comment, à notre avis, on pourrait passer à l'application de la façon la plus complète et la plus pratique : donner à la Faculté seule le droit de délivrer des inscriptions aux futurs dentistes ; autoriser ceux-ci à faire le stage professionnel dans les cliniques dentaires des hôpitaux. Ces cliniques qui ont lieu deux fois par semaine pourraient avoir lieu trois fois, et prendraient dès lors un développement et une importance qu'elles sont loin d'avoir actuellement. Tous les articles du programme d'études actuel pourraient d'ailleurs facilement être annexés à ces services ; et ces derniers seraient toujours sous la surveillance et le contrôle immédiat de la Faculté et de l'Assistance Publique, qui ne peuvent guère s'exercer ailleurs.

Mais en outre et c'est la réforme capitale que nous voulons introduire dans le programme, les futurs dentistes seraient astreints à fréquenter les services généraux d'hôpital, trois fois par semaine, pendant toute la durée de leur scolarité (3 ans). Pendant les deux premières années,

Digitized by Google

ils devraient suivre un service de chirurgie, et pendant une année (la dernière) un service de médecine. Ils ne pourraient évidemment le faire qu'à titre de stagiaires, les titres d'externes et d'internes leur étant interdits. Mais ils subiraient ainsi, dans la mesure du possible, l'imprégnation médicale et recueilleraient ainsi, au lit des malades, une somme de connaissances médicales pratiques, que tous les cours théoriques ne sauraient leur apprendre. Ils auraient chaque jour à constater sur les malades de l'hôpital, les liens multiples qui rattachent si souvent les maladies de la bouche et des dents à la pathologie générale et aux autres maladies ; et comme ils auraient d'autre part, dans les services dentaires hospitaliers, l'occasion de constater les mêmes faits commentés par des médecins spécialistes, mais par de véritables médecins, on peut dire qu'ils réaliseraient ainsi et sur place le *summum* des connaissances, que l'on peut exiger de jeunes gens placés dans des conditions si particulières.

Avec ce programme, qui ne réclame en définitive, on le voit, que les matinées des élèves (trois de clinique dentaire, trois de clinique médicale) ceux-ci trouveraient encore le temps de fréquenter les écoles spéciales, les cliniques privées, et de se perfectionner, par tous les moyens, dans la technique de leur profession.

Je n'insiste pas davantage, puisque je ne voulais qu'indiquer très brièvement un programme d'études, ou même poser un principe : celui de l'enseignement médical aux dentistes. L'application pratique de ce principe pourra être faite de manière différente, peut-être (plus grande durée des études). Mais à aucun prix, celui-ci ne devra être négligé, ni mis de côté, sous peine, pour l'art dentaire, pour la stomatologie, d'une irrémédiable déchéance, et pour le futur dentiste, d'une lacune que rien ne pourrait jamais combler. Le défaut ou l'insuffisance des connaissances médicales serait pour celui-ci une tare indélébile, que n'effaceraient jamais ni les suffrages, ni les succès apparents, dont il sentirait lui-même l'injustice où la fragilité.

Digitized by Google

LETTRE SUR L'EMPLOI DE LA COCAINE POUR LES EXTRACTIONS.

Mon cher confrère (1),

Vous avez bien voulu constater très judicieusement la divergence du titre des solutions de chlorhydate de cocaïne employées par différents auteurs parmi lesquels vous me citez. Cette question épineuse par les divers interprétations auxquelles elle donne lieu de la part des sujets opérés n'en est pas moins susceptible, à mon humble avis, d'être définitivement résolue.

Il est bien certain que beaucoup de nos *anesthésiés* n'avouent jamais qu'*ils n'ont rien senti*, soit qu'ils croient ainsi payer un peu moins cher, et cet argument n'a aucune portée auprès de moi, soit qu'ils refusent de parti pris au dentiste la satisfaction toute d'amour-propre d'une opération bien conduite, soit enfin que très honnêtement ils confondent l'anesthésie locale réellement produite avec l'*anesthésie cérébrale* si je peux m'exprimer ainsi et vous me comprenez : l'opéré perçoit avec son cerveau qu'on lui arrache la dent, mais n'a pas la douleur horrible que tout le monde connait, que j'ai du reste le regret d'avoir pu apprécier moi-même en un temps où l'alcaloïde de la coca n'était pas encore découvert. Où vous aurez beau jeu cependant c'est lorsque vous aurez sur le fauteuil un patient (ô ironie des mots) à qui l'on a extirpé antérieurement une molaire sans anesthésie, soyez sûr qu'il vous dira, s'il est honnête, qu'il y a une grande différence ; dans le cas contraire vos yeux de médecin-observateur vous permettront d'affirmer que vous êtes arrivé au véritable résultat que vous cherchiez : le sans douleur !!!

Je mets à part bien entendu les cas excessivement rares où le sujet est rebelle à l'action anesthésiante de la cocaïne, j'estime que la proportion en est de 1 pour mille, et encore !

(1) Cette lettre nous est envoyée en réponse à la lettre du Dr Bouyer publiée dans le numéro du mois d'août.

Digitized by Google

Revenons aux doses à employer : jusqu'à une certaine époque j'ai essayé toutes les solutions indiquées de 1 à 3 centigrammes de sel dans 1 ou 2 centimètres cubes de véhicule. Je m'étais arrêté à celle qui me donnait les meilleurs résultats, soit 3 centigrammes dans 2 centimètres cubes d'eau stérilisée ; j'avais cependant quelques défections ; j'ai dû admettre définitivement la solution que j'emploie et qui est bien celle que vous m'attribuez avec un correctif cependant.

Réitérez ces expériences et vous vous convaincrez comme moi qu'à mesure que vous augmenterez de 1 centigramme vous arriverez progressivement à la perfection.

Voici les raisons qui m'ont fait adopter la solution définitive que je qualifie volontiers d'infaillible :

J'emploie deux centimètres cubes de liquide parce que 1 centimètre cube c'est trop peu pour les deux ou plusieurs piqûres à faire ; j'objecte cependant que, dans quelques cas très rares, je n'emploie pas exactement les 2 centimètres cubes au complet soit que la fibro-muqueuse très dense ne permette pas cette quantité, soit — et ceci est affaire de tact, d'expériences — que je juge que, la gencive étant suffisamment anémiée, on puisse laisser dans la seringue un cinquième environ de la dose.

En réalité, pour être mathématiquement exact, je *n'emploie que quatre centigrammes de sel* et voici pourquoi : toutes mes solutions sont faites au moment de l'emploi ; pour cela je verse dans un tout petit mortier de verre stérilisé au préalable, une certaine quantité d'eau distillée de laurier-cerise, j'aspire plein ma seringue de ce véhicule que je vais pousser dans un deuxième mortier contenant les 5 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne afin d'obtenir la solution dont vous avez donné la formule. J'aspire alors cette solution (5 cent. de sel dans 40 gouttes de liquide) ; or j'en laisse environ par cette manœuvre 2 à 3 gouttes dans le mortier ; je purge ensuite la seringue de l'air qu'elle peut contenir et perds encore 2 à 3 gouttes ; enfin pour si bien construit que soit l'instrument je laisse 2 à 3 gouttes dans le cylindre en avant du piston ou bien

Digitized by Google

dans la canule alors même que j'injecte tout le liquide ; j'ai donc en totalité huit gouttes non employées c'est-à-dire le cinquième ; *un centigramme de sel n'entre donc pas en ligne de compte.* En résumé la dose que j'emploie à peu près dans tous les cas, *ma dose habituelle est de quatre centigrammes de sel* c'est-à-dire les 4/5 de deux centimètres cubes d'une solution 1,40 ; j'ajoute que c'est ma dose maxima, attendu que je refuse systématiquement une deuxième piqûre dans la même séance .

Ce détail a, comme vous voyez, mon cher Confrère, une réelle importance, aussi les réponses que vous aurez provoquées devront-elles donner les détails les plus minutieux sur la manière de confectionner les solutions. Dans le cas présent si j'employais une solution faite d'avance, j'aspirerais 2 centimètres cubes et j'approcherais ainsi des cinq centigrammes.

Mes connaissances pharmaceutiques m'ont suggéré l'emploi de l'eau de laurier-cerise ; je crois que la piqûre est moins douloureuse sans cependant être affirmatif sur ce point ; quoiqu'il en soit l'eau de laurier-cerise peut très bien, à mon sens, diminuer la douleur post-opératoire. La façon de pratiquer l'injection a aussi une grande importance, j'ai là-dessus des idées particulières que j'exposerai peut-être plus tard ne voulant pas abuser ici de l'hospitalité qui m'est accordée.

L'emploi exclusif de ma solution telle que je la prépare pourcentage, liquide spécial, absence d'eucaïne, d'holocaïne, de nirvanine, d'acide phénique, de gélatine, d'huile d'olives etc., etc. est amplement justifié, par ce fait que je suis à me demander encore à l'heure actuelle si les accidents dits de cocaïne existent du moins à cette dose-là ; pour ma part, je n'en ai jamais eu un seul et permettez-moi de terminer à ce propos par l'observation suivante :

Mme G... possédant à la mâchoire supérieure la dent de sagesse gauche, les deux grandes incisives et la canine gauche se décide le 24 septembre 1897 à venir se faire enlever incisives et canine, il est 3 h. 1/2 quand elle entre dans mon cabinet ; elle y met cependant une condition *sine quâ non*, c'est que je l'anesthésierai à la cocaïne, elle

Digitized by Google

a beaucoup entendu parler de ce produit, etc., etc.

Je dois à la vérité que ma cliente très nerveuse d'ordinaire, me parait aujourd'hui très surexcitée, nous verrons plus loin pourquoi. Mettant sur le compte de l'émotion ce surcroit de nervosisme, je passe outre et j'injecte mes 2 cc. de la solution susdite que j'employais déjà à cette époque ; tout autre qu'un médecin peu habitué à ce genre de maladie aurait pu, aurait dû même devant cet état particulier hésiter à se servir de cet alcaloïde (1) ; l'opération marcha à merveille sans aucune habileté...les dents étaient branlantes, lorsque tout à coup après une exclamation de satisfaction, la malade s'agita, devint d'une loquacité extrême et crut de son devoir de me prévenir (après coup !!!) qu'elle avait peur, qu'on lui avait dit que la cocaïne était dangereuse et qu'elle était très surexcitée (je ne le voyais que trop bien), parce qu'elle venait d'un enterrement — 1er motif — où elle avait rencontré sa belle-mère avec qui elle est, selon son expression, à couteaux tirés — 2e motif — et que — 3e motif — elle sortait de table à l'instant, elle avait donc déjeuné à 2 h. 1/2 ; le menu se composait simplement de (!) 2 douzaines d'huitres, un plat de viande, salade de homard et les 3/4 d'une bouteille de vin blanc... concluez !

Hé bien, malgré ces émotions, ces excès culinaires, quelques paroles d'assurance dites d'une voix ferme firent comprendre à ma malade qu'elle n'avait rien à craindre et l'air pur de la fenêtre ouverte me permirent de la congédier en toute sécurité au bout d'une demi-heure. Que fût-il arrivé si j'avais pris peur, point ne sais, mais je suis convaincu que si, dans pareil cas, l'opérateur conservant son sang-froid de chirurgien, prouve à son malade qu'il est en bonnes mains, la plupart des accidents dus à la cocaïne n'existeront pas ; vous comprenez bien que le malade déjà effrayé par l'opération qu'il va subir aura sûrement sa syncope si l'opérateur tremble et est plus pâle

(1) J'exprimerai un jour mes idées sur le danger qu'il peut y avoir à confier l'anesthésie locale mais surtout générale à des opérateurs qui n'ont pu avoir l'expérience que confèrent cinq années d'études médico-chirurgicales.

Digitized by Google

que lui. Nous connaissons tous les syncopes ayant lieu avant l'opération ou alors qu'on injecte de l'*aqua simplex*.

Il ne me reste plus, très honoré confrère, qu'à vous remercier d'avoir provoqué ce débat, et m'incitant à donner ma modeste opinion sur ce sujet, de m'avoir procuré le plaisir de correspondre avec vous.

J'ai l'honneur d'être votre dévoué confrère,

Dr Gourc.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE PAR L'ÉTHER POUR L'EXTRACTION DES DENTS.

Lorsqu'il s'agit d'extraire un grand nombre de dents il est inutile de songer au protoxyde d'azote, ni au bromure d'éthyle. Si l'on a employé le chloroforme il peut arriver que l'opérateur rencontrant des difficultés, la durée de l'intervention se trouve accrue, que le malade perçoive la douleur ou tout au moins que les vomissements premiers réflexes annonçant une anesthésie insuffisante apparaissent. On replace la compresse sur la bouche du malade et l'opération ne se fait qu'en plusieurs fois.

Il n'en est pas de même avec l'éther. J'ai remarqué lorsque j'administrais cet anesthésique dans la maison de chirurgie du Dr Pauchet d'Amiens et dans celle du Dr Houzel de Boulogne-sur-Mer, qu'un patient bien endormi à l'éther restait longtemps insensible après qu'on avait cessé les inhalations. Ce temps peut varier, je crois, entre cinq et dix minutes. L'opérateur sera donc beaucoup plus à son aise avec l'éther qu'avec le chloroforme et finira ses extractions d'un seul coup sans être gêné par les vomissements qui arrivent sitôt qu'on cesse le chloroforme chez les patients anesthésiés depuis peu de temps.

Un autre avantage connu de tous, c'est que les accidents mortels sont plus rares avec l'éther qu'avec le chloroforme. Si le moi n'était haïssable, je dirais que, pour ma part, j'ai vu plusieurs morts sans avoir assisté certainement à plus de 1500 chloroformisations, sans parler des alertes qui sont certainement moins fréquentes avec l'éther.

D'après une statistique du *Medical News*, il y a eu 170 cas

Digitized by Google

de mort par le chloroforme sur 638.461 chloroformisations et 18 cas de mort pour 300.157 éthérisations soit :

Morts par le chloroforme. .	1	pour	3.749
— l'éther.	1	—	16.675

L'enquête de la Société allemande de chirurgie a donné :

Mortalité par le chloroforme 1 pour 3.111 chloroformisations.
Mortalité par l'éther. . . . 1 — 14.644 éthérisations.

Dr Decréquy.

Digitized by Google

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ASSISTANTS DES SERVICES DENTAIRES HOSPITALIERS.

La pétition suivante, adressée à Monsieur le Directeur de l'Assistance publique par la Société médicale des Dentistes des hôpitaux, le mois d'avril dernier, a posé exactement la question des assistants ; et nous dispense, pour le moment, de la traiter avec plus de développement. Nous ne serions obligés d'y revenir, que si une solution satisfaisante n'était intervenue avant la fin de l'année 1899.

Monsieur le Directeur de l'Assistance publique,

La Société médicale des Dentistes des hôpitaux, frappée de l'organisation manifestement insuffisante des services dans la plupart des hôpitaux où fonctionne une consultation dentaire, parmi beaucoup d'autres questions, a dû se préoccuper de celle des « assistants », et a déjà eu l'honneur de vous adresser une demande tendant à la création d'une fonction de cet ordre. La Société croit devoir insister de nouveau près de vous, pour réclamer la nomination prochaine d'assistants dont elle persiste, plus que jamais, à constater la nécessité ; mais elle tient en même temps, à bien spécifier comment elle comprend cette nouvelle fonction, et quels services elle en attend. Dans la pensée des Dentistes des hôpitaux, les assistants réclamés ne sont pas, et ne doivent pas être institués pour être des remplaçants en cas d'absence prolongée pour cause de congé ou de maladie, cas auxquels répondent les Dentistes-Adjoints nommés à cet effet.

Ce seront des aides permanents, des collaborateurs journaliers, travaillant à côté des chefs de service et avec eux, mais sous leur contrôle, pouvant évidemment les remplacer très momentanément pour une absence imprévue, mais seulement dans ce cas : ils rempliront en réalité le rôle de chefs de clinique ou d'internes.

Digitized by Google

Dans ces conditions, il ne semble pas que les Dentistes-adjoints des hôpitaux puissent remplir cette fonction, telle que la comprennent les Dentistes titulaires. Les Dentistes-adjoints sont des confrères, quelques-uns égaux en titres et en situation aux Dentistes titulaires, et ces derniers ne sauraient avoir toujours sur leur assistant l'autorité nécessaire, pour réclamer d'eux une collaboration active et régulière.

L'Administration doit savoir que le chef de service, réduit à ses propres forces, est, dans nombre d'hôpitaux, incapable de satisfaire aux besoins d'une consultation très chargée. L'Assistant sera donc astreint, en réalité, à un service pénible et permanent à côté de son chef. Ce service ne peut être ni demandé, ni imposé aux Dentistes-Adjoints actuels, dont la nomination a été faite absolument en dehors d'une semblable prévision. Nous pensons d'ailleurs que la plupart d'entre eux ne sauraient accepter le titre d'Assistant ainsi compris, qui semblerait diminuer leur situation.

En conséquence, la Société médicale des Dentistes des hôpitaux pense que la meilleure solution à donner à la question des assistants serait la suivante, très simple.

Chaque chef de service, qui demande un assistant propose le titulaire à l'administration. Ce titulaire, pour être agréé, devra être docteur en médecine, avoir exercé la spécialité depuis deux ans au moins comme patenté, ou avoir fait un stage d'un an au moins dans un service dentaire hospitalier. On comprend d'ailleurs que le chef de service ait intérêt à proposer un collaborateur instruit, et dans la réalité, l'assistant choisi sera déjà rompu aux travaux de la spécialité.

Il n'est pas nécessaire cependant que l'assistant soit pourvu du titre de Chirurgien-Dentiste, puisqu'il sera toujours sous le contrôle et la direction du chef de service, et cette nécessité, d'ailleurs, restreindrait le champ des titulaires pour le choix de leur Assistant. Si l'Administration croyait ne pouvoir accepter la proposition directe des chefs de service, ceux-ci pourraient choisir sur une liste de candidats préparée par l'Administration dans les conditions de titres indiquées plus haut.

Les Assistants seraient tout naturellement la pépinière des futurs Dentistes adjoints et titulaires des Hôpitaux.

Dans cette conception, les Dentistes-adjoints actuels conservent leur rôle et leur situation ; ils remplacent le chef de service absent par congé ou maladie, et les Assistants se trouvent tout naturellement à ce moment placés sous leur direction.

Digitized by Google

Il n'y aura d'ailleurs jamais trop de deux médecins pour assurer le service d'une consultation dentaire.

La Société médicale des Dentistes des Hôpitaux n'a pas à se préoccuper de la question d'indemnité à accorder aux Assistants qu'elle réclame, mais elle pense cependant que cette indemnité pourrait être très faible, et que l'Administration ne devrait pas être arrêtée dès lors par la question financière.

De toutes manières, la Société médicale des Dentistes des Hôpitaux réclame une prompte solution qu'elle désire naturellement conforme aux vœux succinctement exprimés dans cette lettre.

Digitized by Google

CONGRÈS

RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DENTAIRE AMÉRICAINE D'EUROPE (1).

La Réunion annuelle de la Société dentaire Américaine d'Europe, a eu lieu cette année à Bruxelles les 7, 8 et 9 août sous la présidence de M. L. A. O'Brian de Dresde.

La première séance s'est ouverte par le discours présidentiel, où M. O'Brian, président annuel, retrace l'histoire de la Société, qui, depuis vingt-six ans, a tenu chaque année une réunion. Il s'étend ensuite sur le rôle du dentiste vraiment « professionnel », et parle de l'influence qu'il peut avoir sur ses malades, en leur faisant comprendre l'utilité de l'hygiène buccale, et son importance pour la santé générale.

M. G. C. Daboll lit ensuite un travail intitulé « SIMPLICITÉ DU TRAITEMENT DES DENTS A PULPE MORTE ».

L'auteur insiste sur plusieurs points très importants : c'est d'abord *l'isolement complet de la dent* ou de la racine, afin qu'elles ne soient pas touchées par les liquides buccaux. Le moyen préféré pour cela est l'emploi de la digue de caoutchouc.

Il est non moins nécessaire d'ouvrir la chambre pulpaire, et d'élargir l'entrée des canaux radiculaires, de façon à avoir un accès aussi facile que possible. Cela est très important surtout pour les molaires où il est souvent difficile de pénétrer dans les canaux antérieurs. Dans le cas où l'infection de la pulpe aura eu pour cause une carie de la face distale de peu d'étendue, il sera préférable, afin d'éviter la perte de substance de la dent, d'obturer cette cavité, et de pénétrer dans la chambre pulpaire par une cavité artificiellement faite par la face masticatrice.

(1) Près de la salle de réunion était une exposition de la Maison Mairlot de Bruxelles.

Digitized by Google

Après avoir nettoyé mécaniquement avec grand soin la chambre pulpaire et les canaux, l'auteur emploie le peroxyde d'hydrogène; puis, après dessiccation parfaite, il place dans les canaux des mèches de coton, imbibées d'essence de cannelle, et il scelle la cavité avec un coton trempé dans un vernis à la sandaraque.

Dans la séance suivante (qui suit la première de trois jours), le pansement est changé avec les mêmes précautions d'isolement, et la cavité est obturée à la gutta-percha.

Ce second pansement est laissé une dizaine de jours, et à la troisième séance la dent peut être définitivement obturée.

D'autres antiseptiques peuvent être employés : l'aldéhyde formique, entre autres, dans le cas où l'on remarque la présence du pus ; les points sur lesquels l'auteur a insisté particulièrement sont les suivants :

1° Isolement de la dent, du commencement à la fin du traitement ;

2° Accès facile et direct aux canaux radiculaires ;

3° Dessiccation complète des canaux ;

4° Antisepsie complète ;

5° Enfin, derniers points très importants, le pansement antiseptique (protégé par la sandaraque ou la gutta) sera laissé en place quelques jours, et le plus grand soin sera apporté à tous les détails de l'opération.

Dans la discussion qui a suivi cette intéressante communication, M. Daboll a indiqué comme traitement de la péricémentite aiguë, l'application de glace sur la joue au niveau de la dent malade. Ce traitement lui a constamment réussi même dans des cas avancés.

M. J. H. Spaulding lit un rapport sur « l'Instruction dentaire en France ». Il parle de la loi dentaire française, de l'examen de la Faculté de médecine et du fonctionnement des écoles dentaires.

Le rapport suivant, lu par M. Eug. Wetzel, est intitulé : « Hygiène de la bouche ». Ce sont des considérations détaillées et précises sur les soins que chacun doit donner à sa bouche. L'auteur dit que le dentiste doit être l'éducateur de ses clients, qu'il est de son devoir de leur faire

Digitized by Google

comprendre la nécessité d'une propreté parfaite et il ajoute que cela est souvent très difficile, que même des gens très bien élevés ne se rendent pas un compte exact de ce qu'est la propreté buccale.

Ce rapport donne lieu à une intéressante discussion. Le meilleur moyen d'obtenir que les malades prennent soin de leur bouche, est de refuser de soigner ceux qui ne suivent pas les conseils qu'on leur donne. Ils n'en estiment que plus leur dentiste et reviennent bientôt lui redemander ses soins. M. E. Rosenthal de Bruxelles expose, à ce propos, son système d'*abonnements dentaires*, qui est une excellente chose pour inviter les parents à amener leurs enfants de bonne heure au dentiste. Le malade paye par an, une somme fixe, et *doit* venir se faire examiner la bouche tous les six mois. Cette somme fixe, est très minime si le patient a commencé son abonnement de très jeune âge ; plus élevée si l'abonnement commence à un âge avancé. Le dentiste arrive ainsi à pouvoir soigner les caries tout à fait au début, peut mettre son client en garde contre les causes de carie, et les deux y trouvent leur avantage.

La séance de l'après-midi, commence par des projections de coupes microscopiques faites par le professeur W. D. Miller de Berlin. C'est une étude complète des différents tissus de la dent, à l'état normal, et à l'état pathologique.

M. Geo. Cunningham fait ensuite une très intéressante communication sur le Redressement immédiat. Ce redressement est entièrement chirurgical. A l'aide d'une scie spéciale et très fine, M. Cunningham fait dans le maxillaire de chaque côté de la dent ou des dents à redresser, un trait de scie d'une profondeur d'un centimètre à un centimètre et demi. Puis, avec des forceps de forme spéciale, matelassés de caoutchouc, il déplace par une pression lente et progressive, la portion entaillée du maxillaire et la dent qu'elle contient, de façon à mettre celle-ci en portion normale. Un appareil de contention fabriqué à l'avance sur le modèle *rectifié*, est scellé dans

Digitized by Google

la bouche avec du ciment. Au bout de trois semaines l'appareil peut être enlevé et on a un résultat parfait.

Le seul accident que puisse produire ce mode de redressement est la mortification de la pulpe de la dent déplacée, accident d'ailleurs rare, affirme l'auteur.

La réunion est renvoyée au lendemain.

A la séance suivante, M. Geo. Cunningham fait d'intéressantes remarques sur la DENTISTERIE POUR LA CLASSSE OUVRIÈRE. L'art dentaire manque évidemment son but social, s'il reste un luxe destiné seulement aux classes riches ; les ouvriers doivent pouvoir en profiter. C'est un devoir pour les classes dirigeantes, pour les employeurs de procurer à leurs employés, les soins du dentiste, qui leur sont indispensables. Les usines devraient avoir de même que les écoles, un dentiste, comme elles ont un médecin. Il semble inconcevable que certaines manufactures d'allumettes n'aient pas de dentiste, ou n'aient la visite d'un dentiste que quelques heures par semaine ; les extractions, seules opérations que l'on puisse faire dans un temps si court, et que d'ailleurs on ne peut pas rendre obligatoires, ne constituent pas des soins suffisants pour des ouvriers exposés aux vapeurs de phosphore. Il ne devrait pas y avoir dans la bouche de ces ouvriers, un seul chicot, une seule dent cariée qui puisse servir de porte d'entrée à l'infection qui produit la nécrose phosphorée. M. Cunningham trouve encore plus étonnant que les soins dentaires soient insuffisants pour les ouvriers allumettiers, lorsque c'est l'Etat qui fabrique les allumettes et qu'il en a le monopole comme cela a lieu en France où Magitot, Dubois et Moiroud ont toujours été incapables, faute de temps, de donner aux ouvriers les soins nécessaires.

M. Sjoberg de Stockholm parle des soins buccaux donnés dans les nombreuses manufactures d'allumettes de Suède. Dans la plupart de ces manufactures, ces soins ne sont même pas confiés à un spécialiste, c'est un médecin général qui en est chargé.

Après une intéressante étude de M. A. Wetzel sur l'OR SOLILA qu'il emploie en combinaison avec l'or mou, la réunion est renvoyée au lendemain, pour les démonstrations

Digitized by Google

et la journée se termine par un banquet très confraternel.

Le dernier jour du meeting est consacré aux démonstrations qui ont lieu à la Polyclinique libre de Bruxelles, dans le service du Dr Rosenthal. — Le Dr Younger de San-Francisco, célèbre par ses opérations d'implantation, traite un cas de pyorrhée alvéolaire. Il montre avec quel soin il faut, pour arriver à un résultat, enlever les moindres particules de tartre, et aller gratter la racine partout où il y a décollement de la gencive. Il montre la série de ses instruments spéciaux pour ce nettoyage, instruments ingénieux, très fins.

Il montre ensuite la façon dont il fait les redressements à l'aide d'un simple fil. On peut, avec son système, allonger une dent, ou la raccourcir en la faisant s'enfoncer dans son alvéole, en un temps très court.

M. A. Wetzel fait une aurification mixte d'or mou et d'or Solila.

M. W. Mitchell montre la manière de peindre les dents de porcelaine.

M. Geo. Cunningham opère avec sa méthode de redressement immédiat trois cas d'anomalie de position et de direction des dents. Les deux premières opérations sont faites, sous le sommeil chloroformique ; la troisième avec l'anesthésie au protoxyde d'azote. Les opérations sont faites en un temps très court et ont un succès complet.

M. O'Brian, le collaborateur de Jenkins de Dresde, fait plusieurs obturations à l'aide de blocs de porcelaine. Il appelle l'attention des assistants sur le soin qu'il faut apporter dans la prise de l'empreinte, et fait remarquer comment, après avoir bruni la feuille d'or dans la cavité, il la replie soigneusement sur les bords. La poudre de porcelaine (le body) est délayé avec de l'alcool, et fondu dans un fourneau à gaz.

Le bloc de porcelaine obtenu, l'opérateur fait, à la meule, des points de rétention très étendus sur la face qui sera appliquée dans le fond de la cavité. D'autres points de rétention sont faits dans la cavité elle-même ; de façon à faire une large place au ciment qui scellera le bloc ob-

Digitized by Google

turant. M. O'Brian insiste sur ce point, et fait remarquer, tout en opérant, une foule de détails importants.

P. G.

COMPTE RENDU DU 2e CONGRÈS ODONTOLOGIQUE DE ST-PÉTERSBOURG (1).

Environ 250 personnes ont pris part à ce Congrès :

A la réunion préparatoire, le président, professeur Limberg, proposa de se concerter dès le début, sur le choix des membres du bureau du Congrès ; et indiquant l'importance du choix judicieux des membres, il demanda de traiter la chose sérieusement et cordialement.

On commença alors à régler le programme quotidien, et l'ordre dans lequel doivent parler les représentants des différentes sociétés et institutions.

Le samedi 22 juillet, à 10 heures du matin, la séance d'ouverture eut lieu dans la salle de bal du Club de la noblesse qui avait été aménagée pour le Congrès. Devant la table étaient les membres du comité organisateur : président, professeur Limberg ; vice-présidents : Sinicyn, Totwen, Wongl-Swiderski, Dobkowicz.

A 10 heures 1/2, arriva son Altesse Alex. d'Oldenbourg, qui, après avoir salué le Comité, prit la place présidentielle. Après un discours dans lequel il exprima l'espérance que le Congrès ne serait pas sans résultat, Son Altesse ouvrit la séance.

Aussitôt, le professeur Limberg, se tournant vers les assistants, déclara que l'honneur que faisait Son Altesse par sa présence montrait que l'intérêt de tous s'étendait à l'odontologie comme aux autres branches de la médecine.

Ensuite, il indiqua le but du Congrès, remarquant le grand nombre de personnes qui y prenaient part et demanda à tous de traiter les choses sérieusement. A la fin, le professeur Limberg proposa l'élection d'un président. A l'unanimité, le professeur Limberg de St-Pétersbourg

(1) Résumé du compte-rendu de la *Revue de Stomatologie* de Varsovie, par J. Ockinsic.

Digitized by Google

fut élu ; le vice-président, Riabkow de Cherson, les secrétaires, M. von Dachreden de Moscou et Lawrentiew de St-Pétersbourg.

Puis vinrent les discours des représentants de toutes les sociétés : Pétersbourg, Moscou, Odessa, Ekaterinaslaw, Kiew ; et des écoles dentaires de Pétersbourg, de Varsovie, et de quelques dentistes de Varsovie et de particuliers. S. A. après s'être excusé, quitte la salle.

Aussitôt, le vice-président Riabkow indique, dans son discours, l'évolution de toutes les sciences et particulièrement de la science dentaire. Dans ses conclusions, il démontre que l'odontologie a déjà atteint un point très élevé, qu'elle répond aux besoins sociaux, et que notre devoir est de veiller sur son développement futur.

La première séance est levée.

L'après-midi du 2e jour fut consacré à des démonstrations :

1° Totwen, fait l'implantation de la première molaire inférieure, avec emploi du brométhyl.

2° Herbst de Brême démontre, sur des dents extraites, sa méthode d'aurifier à l'or mou et aussi sa méthode de fabrication des dents à pivots, des couronnes et des ponts.

3° Eug. Muller de Suisse démontre sa façon de faire des couronnes, des dents à pivots et des ponts.

4° Rabkow de Cherson, lit un travail de M. Rys qui critique la méthode d'amputation dans le cas de carie étendue.

5° Fiszer de Moscou, de la préparation d'obturateurs combinés.

6° Totwen de Pétersbourg, de l'implantation et de la réimplantation des dents.

7° Kohn de Varsovie, supplément au manuel opératoire de la pose des dents.

Le lendemain à 10 heures :

1° Herbst et Muller recommençent leurs démonstrations pour un autre groupe de membres qui n'y avaient pas assisté.

2° Le Dr Kowarski de Moscou montre diverses préparations molles pour réparer les appareils de caoutchouc.

Digitized by Google

3° Fischer de Moscou montre au microscope des coupes de dents normales et pathologiques.

Dans la séance de l'après-midi, les travaux suivants sont lus :

1° Kowalew de Pétersbourg, de la réimplantation des dents.

2° Rogawin de Bobrysk, de l'organisation des secours dentaires dans les villes et les hôpitaux des districts.

3° Trafimow de Pétersbourg, de l'organisation des secours dentaires sur les chemins de fer.

3° Gunnemuk de Moscou, statistique des maladies des dents à l'Ecole des Cadets.

Communications faites le 25 :

1° Professeur Petersen de Pétersbourg, changements caractéristiques dans les dents des syphilitiques.

2° Eberman de Pétersbourg, des corps étrangers du pharynx et des façons de les retirer.

3° Dr Eumigzlski de Kiew, des causes des maladies des dents à notre époque et des manières de les éviter.

4° Riawkob de Cherson, des manières de préparer les cavités et manuel opératoire.

Lectures de questions professionnelles.

1° Abandon de la méthode d'inscription des élèves dentistes dans les cabinets dentaires. Avant la sanction du gouvernement, promesse des membres de ne pas accepter d'étudiants.

2° Permettre aux dentistes pratiquant actuellement de porter le titre de médecins-dentistes après avoir subi un examen approprié, sans leur demander un diplôme de l'instruction générale.

Le délai de cette mesure est fixé à 5 ans depuis le moment où la loi sera promulguée.

3° Aux étudiants dentistes, qui ont pris des inscriptions, permettre de la même manière d'obtenir ce grade de médecin-dentiste.

4° Le titre de médecin-dentiste sera reconnu non comme pour une pratique spéciale, mais comme pour une étude pratique.

5° Permettre d'ouvrir une école dentaire seulement aux

Digitized by Google

personnes qui, outre un certificat de moralité et de ressources suffisantes, auront une instruction générale suffisante.

6° Appeler les Ecoles dentaires : Instituts, et fixer le temps des études à 4 ans.

7° Dans l'intérêt des études dentaires, donner aux médecins-dentistes le droit de concourir au titre de magister ou de docteur dentiste.

8° Faire, suivant l'exemple des pharmaciens, entrer au ministère de l'intérieur un représentant dentiste, et un suppléant.

9° Donner le droit aux dentistes et aux médecins-dentistes, de faire leur service militaire, dans le cycle de leur spécialité.

10° Libérer les Instituts dentaires de la suprématie des inspecteurs médicaux et du ministère de l'intérieur, et les soumettre au gouvernement universitaire local c'est-à-dire au ministère de l'instruction publique.

11° Faire jouir les enfants des médecins-dentistes et des dentistes des mêmes privilèges que possèdent leurs pères.

Le prochain congrès aura lieu dans 3 ans à Odessa.

Le Congrès est terminé.

Le banquet eut lieu le même jour.

Digitized by Google

EXTRAITS ET TRADUCTIONS

Quelques usages pratiques du métal fusible,
par Joseph Cockbrune.

J'ai choisi le *métal fusible* comme sujet de ma communication pour trois raisons. D'abord, à mon avis, il n'occupe pas dans notre laboratoire la place qu'il mérite, ensuite il est désirable que tous ceux qui s'occupent d'art dentaire aient quelques connaissances pratiques de son usage; enfin comme tous les travaux lus à la Société pendant la session ont eu rapport à la « *Chirurgie* Dentaire », j'ai pensé qu'un sujet de mécanique ne serait pas dépourvu d'intérêt, car nous ne devons pas oublier que, chez le praticien, la mécanique et la chirurgie doivent marcher de pair. Aussi j'ai la conviction qu'une discussion et un échange de vue sur ce sujet nous rendront plus capables de remplir la place que chacun de nous espère occuper dans notre profession.

Les métaux fusibles sont des alliages composés surtout de plomb, étain et bismuth avec ou sans cadmiun et dans des proportions variées. L'effet de l'alliage de ces métaux est de modifier beaucoup leurs propriétés physiques. Leur point de fusion est généralement réduit au-dessous de celui des métaux composants, dont le point de fusion est le plus bas. Ainsi, selon Bloxman et Huntingdon, les points de fusion du *plomb*, *cadmium*, *bismuth* et *étain* sont respectivement : 327°, 321°, 266°, 232° C. En alliant ces métaux ensemble dans la proportion de : *plomb* 5, *étain* 3 et *bismuth* 1, nous produisons un alliage dont le point de fusion est 94° 33, ce qui le rend facilement fusible par l'immersion dans l'eau bouillante. Une autre mixture de plomb 5, étain 3 et bismuth 8 fondra aussi à 94° 33.

La dilatation de cet alliage au refroidissement est très peu appréciable : environ 3 0/0 ; aussi il peut facilement donner très nettement l'empreinte d'un objet dont on désire faire le modèle. M. R. P. Lennox, de Cambridge, a beaucoup fait pour répandre l'usage du métal fusible en Angleterre, et le Dr G. W. Melotte l'a introduit en Amérique.

On peut diviser ses usages en trois catégories :

1° Ceux qui ont rapport au travail du caoutchouc.

Digitized by Google

2° Ceux qui ont rapport aux travaux des couronnes.
3° Les usages divers.

1° Son emploi pour le travail du caoutchouc. — Supposons que nous ayons à fabriquer un appareil complet du haut et du bas. Je pense que vous pensez tous comme moi que, pour donner entière satisfaction à nous et à notre malade, il nous faut une articulation parfaite. Cela a été et est encore une source continuelle d'ennuis pour l'opérateur et n'est pas du tout facile à faire. Très souvent il est difficile d'obtenir que le patient morde naturellement. Le dentiste doit toujours aider son malade autant qu'il peut le faire, aussi il est nécessaire qu'il ait, pour monter ses morceaux de cire, une base qui s'adapte à la bouche avec une précision parfaite, et qui ne soit pas déformée par la chaleur de la bouche ou par l'effort fait par le patient pour fermer malgré la cire. A mon avis, il n'y a pas de base qui remplisse ces conditions aussi bien que celles en métal fusible. La manière de faire ces bases est la simplicité même et ne demande que quelques minutes. La méthode est la suivante :

Ayant votre modèle, prenez une feuille de caoutchouc de force et de dimensions convenables, chauffez et pressez sur votre modèle, laissant la cire arriver jusqu'au rebord de l'alvéole et taillez-le jusqu'à la dimension voulue. Puis, prenez un morceaux de cire à peu près trois fois aussi épais que la base et d'une largeur de 2 centimètres environ ; fixez-le dans la ligne centrale au bord antérieur ou postérieur de votre base de cire. Le tout est alors enduit légèrement de craie et est, avec le modèle, enveloppé d'une couche de *composition pour empreintes* d'environ 13 millim. d'épaisseur (Je conseillerai l'emploi de vieille composition pour cet usage comme n'étant pas si molle que la neuve). La composition est alors refroidie et retirée du modèle, la base de cire enlevée, le métal fusible versé dedans et laissé refroidir (Je veux ici vous mettre en garde contre la fusion des métaux fusibles par la chaleur sèche, ils doivent toujours être fondus au bain-marie dans l'eau bouillante). On obtient ainsi une belle base rigide s'adaptant exactement de tous points au modèle. Le même procédé est nécessaire pour faire une base pour un appareil du bas ; seulement, je conseillerai de prendre une cire légèrement plus épaisse que pour une base supérieure. Les blocs de cire peuvent alors s'adapter parfaitement au cas et l'articulation est prise avec les meilleures chances de succès. Je ne connais pas de méthode qui

Digitized by Google

puisse donner une reproduction aussi parfaite d'un modèle. Sa simplicité de manipulation est un de ses charmes ; très souvent elle épargne à notre client des voyages supplémentaires de la campagne, l'articulation pouvant être prise quelques minutes après l'empreinte.

Un cas dans lequel le métal fusible est du plus grand emploi est le suivant. Vous avez à faire un appareil partiel du bas. Nous supposerons que deux ou trois incisives sont parties et que la seconde prémolaire et la première molaire manquent de chaque côté. Si quelque temps s'est écoulé depuis que la prémolaire et la molaire sont parties, nous trouvons généralement que la première prémolaire penche en arrière et la première molaire en avant, formant dans la bouche un espace trapézoïdal dont la grande base est près du collet.

Dans un tel cas une base en métal fusible supportant la cire peut être essayée dans la bouche et manipulée pour y entrer en enlevant le moins possible de cire. En insérant cet appareil d'essayage sur la molaire d'abord, avant de mettre les incisives en place, on peut obtenir que la base remplisse l'espace qui se trouve sous les dents inclinées.

Une adaptation peut être ainsi obtenue sans grande manipulation et sans que l'opérateur ait à faire le rôle de sculpteur, comme il serait obligé de le faire, si l'appareil était vulcanisé sur le modèle. Je mentionnerai ici que, quand on fait des bases en métal fusible dans le cas où les dents se sont inclinées, l'encoche qu'elles forment doit être remplie avec une pâte de blanc d'Espagne.

Voici encore un autre cas où le métal fusible peut rendre de grands services. Un malade qui doit parler dans une réunion publique ou chanter dans un concert vient à vous en grande détresse: il a cassé une dent antérieure de son appareil. Il vous demande de faire l'impossible pour qu'il puisse remplir son engagement sans trop de gêne. Vous prenez son appareil, vous coupez une queue d'aronde exactement comme vous feriez si vous aviez une dent à vulcaniser ; la dent est mise en position et maintenue par de la gomme shellac ou du godiva, puis un peu de métal fusible est fondu à l'aide du chalumeau ou d'un instrument chaud dans la queue d'aronde. Quand le métal est fondu, il tend à former une petite boule, mais une légère pression avec le doigt, quand le métal se refroidit, met les choses comme il faut et vous avez un joint parfait. Vous pouvez mettre une dent de cette manière en quelques minutes et mériter la reconnaissance de votre malade. Je puis dire que j'ai

Digitized by Google

mis une dent de cette façon il y a environ douze mois, le malade n'est revenu qu'au bout de six mois ; la dent était aussi ferme que quand elle avait été posée.

On peut, au besoin, faire un petit appareil temporaire avec du métal fusible. La cire est faite exactement comme pour un appareil en caoutchouc. Les dents sont alors maintenues en position avec du plâtre ou du shellac, la cire est retirée et le métal fusible versé à sa place.

2° Emploi du métal fusible pour les travaux de couronnes. — Les métaux fusibles peuvent être utiles pour faire un mandrin, pour servir de modèle à une couronne. La méthode suivante a été préconisée par M. Lennox. Ayant préparé la racine sur laquelle vous voulez poser la couronne, faites une bague avec une mince feuille de cuivre. Laissez les bouts de la bandelette de cuivre assez longs pour qu'ils puissent être saisis par des pinces à bout recourbé et serrez-les fortement de façon que le bord inférieur de la bandelette enserre exactement la racine.

La bague est alors retirée de la bouche et soudée. Nous avons maintenant une bague de cuivre avec une sorte d'oreille qui dépasse et qui prend très bien la racine. Par ce procédé, cette « oreille » empêche la virole d'être poussée sur la gencive, mais cet inconvénient disparaît, si l'on enlève la moitié inférieure de l'oreille et ainsi la bague peut être mise en place sous la gencive.

Une empreinte est prise, la virole restant sur la racine. La bague vient avec l'empreinte dans la position qu'elle occupait sur la racine.

Elle est remplie de cire jusqu'aux bords, une épingle ordinaire est chauffée et enfoncée, la tête en bas, dans la cire. L'empreinte est ensuite coulée, et quand elle est enlevée, nous obtenons un modèle sur lequel la bague est dans la position qu'elle occupait sur la racine.

On enlève alors la cire et on coupe la partie de l'épingle qui dépasse. Le tout est alors mis de nouveau en position et un petit creux est taillé dans le plâtre qui remplit la virole, le métal fusible y est versé et pendant qu'il se refroidit, une légère pression avec le doigt aura pour résultat d'emplir la bague complètement de ce métal. Le tout est enlevé du modèle, la bande de cuivre coupée avec une scie et enlevée du métal fusible. Nous avons maintenant un mandrin en métal fusible dont le bord inférieur correspond exactement à la racine qui

Digitized by Google

doit recevoir la couronne et auquel nous pourrons aisément adapter notre collet d'or. Le ruban de cuivre, s'il est enlevé soigneusement servira de modèle pour la bague en or qui devra enserrer la racine. Cette bague d'or une fois faite, vous bâtissez dessus votre couronne comme d'habitude avec du godiva ou de la cire dure.

Si vous préférez estamper votre couronne d'après une dent naturelle avant de faire la bague qui la supportera, le métal fusible fait une monture splendide pour votre dent. La dent est pressée, la couronne en bas dans la composition molle (composition spéciale de Mellotte). Un cylindre creux en caoutchouc est posé sur l'empreinte ainsi obtenue et empli de métal fusible, ce qui donne un bon modèle en métal de votre dent naturelle Un contre-moule peut être préparé par un procédé analogue et votre couronne peut-être estampée.

Une autre manière très ingénieuse de faire une couronne avec l'aide du métal fusible me fut montrée par le Dr Mellotte il y a quelques mois. Supposez que vous vouliez recouvrir une molaire inférieure, par exemple, avec une couronne d'or avec l'intention d'en faire un support pour un petit pont. La dent ayant été préparée et ses côtés meulés de façon à les rendre parallèles, l'inventeur du procédé prend un ruban de cuivre ou d'or à 22 carats, un peu plus large que la dent qu'il veut recouvrir, il le plie de façon à l'adapter à peu près à la dent ; puis, avec un peu de soudure, il unit le bord supérieur de la bague laissant libre l'autre bord, celui qui doit être en rapport avec le collet de la dent. Il peut alors serrer le bord inférieur en plaçant l'un sur l'autre les bords de ce ruban jusqu'à ce qu'il obtienne un ajustement parfait au collet de la dent. Il soude alors et replace la bague ainsi obtenue sur la dent qu'il a préalablement enduite de vaseline.

La bague dépasse un peu la couronne naturelle ; une légère couche de plâtre y est versée et lorsqu'elle est sèche, le plâtre et la bague sont enlevés ; on a ainsi obtenu une empreinte de la dent naturelle. Le métal fusible est versé dans cette empreinte; quand il est solidifié, le plâtre est enlevé et vous avez la couronne de votre dent en métal fusible. On coupe alors la bague à la hauteur convenable, on la brunit sur les côtés de cette dent en métal et on fait un coin pour estamper la couronne suivant le procédé ordinaire. La promptitude, l'exactitude, la facilité avec laquelle une couronne peut être faite par cette méthode sera appréciée seulement par ceux qui ont à le faire.

Digitized by Google

3° Autres usages de métaux fusibles. — Les métaux fusibles peuvent être employés dans un grand nombre de cas par un mécanicien ingénieux, aussi n'en mentionnerai-je que quelques-uns, car dans une communication comme celle-ci il serait impossible de les mentionner tous.

On sait que, dans certains appareils en or dans lesquels les dents anglaises à tubes sont employées, les intervalles qui restent entre les collets des dents retiennent des débris d'aliments et deviennent des foyers d'infection. On pourra utilement remplir ces espaces avec du métal fusible.

Quand il est nécessaire d'obtenir une articulation très exacte entre une dent artificielle et une dent naturelle, nous pouvons faire notre modèle en métal fusible. Il sera bon, dans ce cas, de ne faire avec ce métal, que le moulage de la dent, car il a l'inconvénient de se granuler quand il est employé en masses épaisses. Deux ou trois épingles peuvent être placées dans les dents pour faire adhérer le métal fusible au plâtre qui servira à finir le modèle.

Le métal fusible m'a été très utile il y a quelque mois pour fabriquer un contour en porcelaine pour une incisive cassée. Le coin mésial de l'incisive centrale était cassé ; la fracture s'étendait à peu près à la moitié de la largeur de la dent et la moitié de sa profondeur, mais n'atteignait pas la chambre pulpaire. Les bords furent meulés, et la cavité fut préparée sans toucher à la pulpe. Je perçai alors un petit trou dans la dentine de façon à y insérer une petite épingle de platine. Je pris une empreinte de la dent et en fis un modèle en métal fusible. Je perçai dans la dent en métal, à l'aide d'un foret placé sur le tour un petit trou semblable à celui qui était fait dans la dentine de la dent du malade. Puis une fine feuille de platine fut brunie avec soin dans la cavité et sur les bords, et l'épingle de platine dont j'ai parlé fut placée (en perçant la feuille de platine) dans le trou fait pour elle. J'obtins ainsi une excellente empreinte qui me permit de faire mon bloc de porcelaine pour reconstituer la portion cassée de la dent. Deux fusions furent nécessaires pour obtenir une reconstitution exacte. Le bloc de porcelaine fut mis en place, cimenté et arrangé, et le travail fut parfait.

M. Gartrell, de Penzance, se sert beaucoup des métaux fusibles pour faire des modèles, qui lui servent à estamper des appareils par son procédé d'estampage au plomb de chasse. Mais je n'ai pas eu l'avantage de le voir employé de cette manière. J'en fais donc une simple mention pour montrer que le

Digitized by Google

métal fusible pourra jouer un rôle important dans les travaux de la pratique future.

Enfin, et ce n'est pas le moindre de ses usages, on emploie le métal fusible dans les appareils de contention pour fractures des mâchoires. M. Fenn Cole d'Ipswich l'a spécialement employé et recommandé pour cet usage. Le peu de temps demandé pour la fabrication de ces appareils, leur solidité et leur propreté en sont les qualités principales.

Traduit du *British Journal of Dental Science*.

Amagalmes d'après les dernières recherches et expériences.

Le problème principal de la Stomatologie, est la recherche d'une bonne substance obturante. Aucune jusqu'ici ne répond aux exigences. Les aurifications demandent une grande patience et une grande habileté pour le dentiste ; et de la part du client une grande persévérance qui est souvent au-dessus de ses forces. De plus, l'or est d'un prix élevé.

L'obturation à la porcelaine a remplacé le plombage de verre et a été perfectionné par *Dall* et *Jenkins*. Ce plombage a un joli aspect, mais son emploi est rarement possible parce qu'il demande la fixation par le ciment.

En général nous employons les substances plastiques telles que gutta-percha, ciment et amalgames.

Dans ces derniers temps la gutta-percha a attiré l'attention des praticiens, mais elle a encore des adeptes peu nombreux. Parmi les ciments on emploie de préférence les oxyphosphates. Quelques-uns sont même très avantageux par leur plasticité et leur grande adhérence, par leur couleur analogue à celle des dents, de plus ils ne sont pas conducteurs de la chaleur ; cette obturation peut durer plusieurs années, mais le ciment n'est pas toujours de bonne qualité, même venant du même fabricant. Souvent il n'est pas assez dur : il se casse facilement.

Il fallait donc faire appel aux amalgames qui ne se dissolvent pas et sont durs et on s'en sert fréquemment malgré leurs désavantages. En 1830 on se servait de limaille de monnaie et de mercure. Puis ce fut l'amalgame de cuivre. Mais ces amalgames noircissaient les dents. D'autres essais ont montré que l'argent et l'étain en alliage donnaient de bons résultats : on y ajoutait encore de l'or et du platine pour faire plus vite durcir le mélange et pour empêcher les dents de noircir. Mais en pratique ces essais n'ont pas eu de bons résultats.

Digitized by Google

D'ailleurs n'importe quelle substance même plastique, mise sans habileté dans les cavités de carie, ne pouvaient pas rendre les services qu'on en attendait Mais les plombages même bien faits laissaient à désirer et avec le temps les amalgames se rétrécissaient. On a proposé de modifier la quantité de mercure employé, et d'en faire sortir l'excès à travers une peau très fine. On faisait encore des lavages avec de l'alcool ou de l'ammoniaque ou encore de l'eau. D'autres fois on interdisait ces lavages. Enfin Charles Tomes a découvert : que ces amalgames après fusion devenaient durs, puis recouvraient leur plasticité qui ne durait pas longtemps.

Il mélangea donc un amalgame frais avec un amalgame ancien chauffé au même degré. L'amalgame devenait dur, mais on avait le temps de l'utiliser avant son durcissement. Tomes soutenait qu'il ne se rétrécissait pas. Ce procédé ne fut cependant pas généralement adopté. On a essayé le mélange du ciment avec les amalgames pour en empêcher le rétrécissement. Enfin on arrivait à quelques résultats si l'on avait eu la précaution de cimenter les parois de la cavité avant l'introduction de l'amalgame. On grattait ensuite les bords et l'on achevait avec l'amalgame mais il fallait avoir soin de bien gratter le ciment sur les bords. Cette opération réussit dans les cavités peu profondes, car la force qui fait rétrécir l'amalgame dépasse celle qui fait adhérer le ciment. Dans les derniers temps, le Dr Black a publié les résultats de ses expériences sur les amalgames du commerce et sur quelques nouveaux alliages préconisés par lui : les amalgames du commerce se composent surtout d'étain et d'argent. Ils renferment trop d'étain et par conséquent se rétrécissent d'autant. Les expériences l'amènent à dire que le mélange métallique n'est bon qu'au titre de 72 1/2 — 74 d'Ag. sur 27 1/2 — 26 d'étain et encore en y ajoutant un peu de mercure. Cependant ce mélange durcissait trop lentement, par conséquent ne pouvait être adopté. Black a encore remarqué qu'en remplaçant quelques parties d'argent par de l'or on rendait le mélange rapidement dur sans rétrécissement. Comme bon amalgame Black propose le suivant : 68 1/2 d'argent, 25 1/2 d'étain, 5 d'or, et 1 de zinc. Il a encore découvert que des limailles fraîches de ces mélanges, après fusion, possèdent une certaine tension qui empêche pendant un certain temps l'amalgame de durcir. Cet amalgame pendant plusieurs jours et pendant plusieurs semaines subit des changements et des rétrécissements. Si cependant ces limailles sont maintenues pendant un 1/4 d'heure à 100° elles perdent cette

Digitized by Google

propriété et l'amalgame durcit sans se rétrécir. Black trouve encore que le mercure n'a pas une grande action dans l'amalgame. Nous avons toujours les meilleurs résultats par la substance préparée à sec pourvu qu'elle soit plastique. Les expériences de Black ont été confirmées par Humby.

Comme le plombage durcit lentement le patient peut abimer le travail, d'où nécessité d'une visite de constatation quelques jours après.

(Revue de Stomatologie de Varsovie.)

Nouvelle méthode pour le traitement de la stomatite ulcéreuse.

Les enfants admis à l'hôpital pour stomatite ulcéreuse sont traités par Kissel (de Moscou) de la manière suivante. On leur fait rincer la bouche toutes les heures avec une solution d'acide borique à 3 0/0 et frotter deux fois par jour toute la cavité buccale et particulièrement les gencives et les points ulcérés de la muqueuse des joues, avec un tampon d'ouate imbibé de la même solution. On leur prescrit de l'huile de foie de morue, et avant de commencer le traitement, on leur fait arracher les dents tout à fait inutiles (??). Ce traitement donne d'excellents résultats : les ulcérations disparaissent au bout de 6 à 10 jours et les enfants quittent l'hôpital parfaitement guéris. Mais si ce traitement est facile à appliquer à l'hôpital, il ne l'est pas lorsque l'enfant est soigné dans sa famille. Dans ce cas, l'auteur lui substitue le suivant : il fait arracher les dents absolument inutiles (??) ; avec la curette, il gratte à fond les ulcérations de la gencive, de la langue, de la muqueuse des joues, puis, avec le doigt enveloppé de mousseline, il applique par friction de la poudre iodoformée aux surfaces ulcérées ; il fait essuyer la cavité buccale deux fois par jour avec un tampon d'ouate trempé dans la solution d'acide borique et rincer la bouche toutes les heures avec la même solution. Il ne fait qu'un curettage, mais les frictions sont répétées jusqu'à ce que la surface ulcérée soit cicatrisée. La guérison se produit généralement au bout de 4 jours.

Dans les cas bénins, on peut se dispenser de recourir au curettage et se borner à frictionner ou à saupoudrer d'iodoforme les surfaces ulcérées, quitte à pratiquer le curettage dans le cas où il ne se produit pas d'amélioration au bout de 2 ou 3 jours.

Digitized by Google

L'emploi d'anesthésiques dans la stomatite des enfants.

Gœppert a appliqué l'anésone (de V. Vamossy) et l'orthoforme comme anesthésiques dans 20 cas de stomatite grave. Dans tous, il a obtenu d'excellents résultats. Même dans ceux où il y avait aggravation ou persistance de l'affection, les patients pouvaient être nourris de façon à continuer d'augmenter de poids.

L'anésone a été appliqué, dans 15 cas, de la manière suivante : un quart d'heure avant chaque repas, on badigeonnait la muqueuse, sans la frotter, au moyen d'un petit tampon d'ouate qu'on laissait quelque temps en place aux points les plus affectés. 8 à 10 grammes suffisaient pour rendre l'anesthésie complète. Cinq minutes après, nouveau badigeonnage. Dix minutes après, le repas. Dans les cas de stomatite ulcéreuse on plaçait en outre, dans l'orifice buccal, un tampon d'ouate imbibé d'anésone.

Quant à l'orthoforme, on l'insufflait une première fois, 20 minutes et une deuxième fois, 10 minutes avant le repas.

(*Progrès Médical.*)

Disproportion entre la fréquence des empyèmes des cavités accessoires du nez sur le vivant et sur le cadavre, par M. Lichtwitz (Bordeaux).

Il n'existe presque rien sur la proportion des cas de ces empyèmes sur le vivant ; à peine une courte note de Chiari rapportée par Fein et qui a trait à 2.280 malades,

Son expérience personnelle permet à M. Lichtwitz d'ajouter à cette note le résultat de sa statistique basée sur 12.000 malades.

De ces deux statistiques, il résulte que pendant la vie les suppurations des sinus se rencontrent dans environ 2 p. 100 des cas. Par contre, les résultats obtenus sur le cadavre donnent un chiffre beaucoup plus élevé. En effet, Harke, dans 400 autopsies, a trouvé 116 sinusites (29 p. 100) ; H. Frankel, dans 146 cas, a constaté 63 (43, 15 p. 100) lésions diverses des sinus ; Lapalle, dans ses 169 nécropsies, a noté 55 sinusites (32, 545 p. 100), et Kicer, sur 200 cas, arrive à un pourcentage de 29,5 p. 100.

Cette disproportion de fréquence tient surtout aux causes suivantes : les empyèmes aigus, notamment ceux qui survien-

Digitized by Google

nent dans le cours d'une pyrexie quelconque (scarlatine, rougeole, diphtérie, influenza, etc.), passent inaperçus au milieu des symptômes généraux, tandis qu'à l'autopsie ils sont décelés. Dans les formes chroniques la latence des symptômes qui, le plus souvent, ne se traduisent que par une hypersécrétion nasale ou rétro-nasale, n'attire point l'attention du malade. Si nous ajoutons enfin la difficulté du diagnostic pour les suppurations des sinus frontaux et sphénoïdaux qui ne sont pas aussi facilement accessibles au lavage explorateur que le sinus maxillaire, nous ne nous étonnerons plus de cette proportion qui paraît surprenante au premier abord.

(*France Médicale.*)

Noma.

Dans un cas de noma qu'il rapporte, Klautsch appliqua le traitement suivant : Excision des masses nécrosées, cautérisation au nitrate d'argent, application de compresses sur la joue et lavage de la bouche avec du permanganate de potasse. Le patient mourut quinze jours après l'opération.

Il résulte des observations publiées jusqu'à ce jour, que le noma affecte notamment des individus dont l'état et le développement sont au-dessous de la normale, ou qui sont affaiblis, débilités par des maladies quelconques, mais surtout par des maladies infectieuses (rougeole, typhus, malaria), ou qui sont atteints de scrofule, de tuberculose ou de rachitisme. Le noma n'est qu'un processus secondaire. L'auteur doute qu'il soit déterminé par un seul agent pathogène spécifique ; il incline plutôt à croire qu'il est produit par plusieurs microorganismes se rencontrant sur un terrain bien préparé à la nécrobiose. Comme il n'y a jamais eu d'épidémie de noma et que cette affection ne s'observe que chez les enfants affaiblis, il n'y a pas de raison de la croire contagieuse.

(*Progrès Médical.*)

La paralysie faciale zostérienne, par MM. Klippel et Aynaud, *Journal des praticiens*, 15 avril 1899.

Parmi les complications du zona ou fièvre zoster, dont la nature est probablement infectieuse, il faut inscrire les paralysies faciales. Les auteurs ont réuni 17 cas de cette complication. Ils ont soigneusement éliminé de leur description les observations qui concernaient des cas d'herpès survenant au cours d'une paralysie faciale par compression, par carie du rocher, etc.,

Digitized by Google

pour ne conserver que ceux où la fièvre zoster, le zona-maladie était manifestement la cause de la paralysie de la septième paire. Le zona a affecté la face seule dans 7 cas ; la face était le siège du zona en même temps que d'autres régions dans 4 cas. Le zona n'a point occupé la face dans 5 observations. Dans 4 cas, sa topographie fut cervico-occipitale ; d'où cette conclusion : quand le zona se complique de paralysie faciale, l'éruption vésiculeuse peut n'intéresser la face que d'une façon accessoire ou même pas du tout. En d'autres termes, la paralysie faciale peut être une paralysie aberrante. La paralysie survient généralement dans les premiers jours de l'éruption ; elle est unilatérale et siège du même côté que le zona ; l'évolution de la maladie est généralement la suivante : la zonalgie apparaît d'abord ; l'éruption zostérienne vient ensuite ; la paralysie se montre plus tard.

Des névralgies et des tics de la face dans leurs rapports avec un état pathologique des voies lacrymales.

M. Bettremieux (Roubaix) rapporte l'histoire d'un de ses malades atteint de tic douloureux de la face qui, après avoir été traité sans succès par des procédés médicaux ou chirugicaux qui s'adressaient au tronc nerveux, obtint une guérison persistante après un traitement d'une affection des voies lacrymales ; il conclut de ce cas et de cas analogues que les névralgies et les tics de la face peuvent avoir leur point de départ dans une lésion de la muqueuse lacrymo-nasale. Cette lésion peut être superficielle, ne pas s'accompagner de larmoiement, permettre le passage de l'injection, de sorte que la relation entre la cause et l'effet n'apparaît pas dans certains cas ; il faut la chercher. Aussi l'auteur conclut-il que la meilleure conception des névralgies et des tics de la face est celle qui consiste à les considérer comme des réflexes pathologiques ; et avant de recourir aux moyens chirurgicaux ayant pour but d'interrompre le circuit réflexe, il faut rechercher avec soin, notamment du côté des voies lacrymales, le point de départ de ce réflexe.

(*France Médicale*).

Un cas de cécité résultant de l'implantation trop serrée des dents.

Un jeune garçon de onze ans s'aperçoit un matin à son réveil qu'il ne voyait plus. Il n'avait constaté la veille aucun trouble de la vision et n'avait jusqu'à ce jour jamais souffert des yeux.

Digitized by Google

A l'examen optique on remarqua une dilatation des pupilles qui ne réagissaient plus à la lumière. Comme on ne trouvait rien du côté des yeux, on eut l'idée de pratiquer un examen de la bouche ; on constate alors que les dents étaient très resserrées. On procéda à l'extraction de 2 molaires permanentes, de 4 temporaires et dès la nuit suivante l'enfant commença à distinguer la lumière de l'obscurité. Le lendemain l'amélioration était sensible et au bout de quelques jours l'enfant avait complètement recouvré la vue.

(*Ohio Dental Journal.*)

Digitized by Google

ANALYSES

Tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu. Les adresser au secrétaire de la Rédaction.

L'incubation de la varicelle, par le Dr Robert Cruet. Thèse Paris, 1899 (*Stomatites varicelleuses*).

Nous plaçons en sous-titre à la thèse de M. Robert Cruet les stomatites varicelleuses (bien que le sous-titre n'existe pas) pour expliquer le genre d'intérêt que ce travail présente à notre analyse. Sans cela ce ne serait peut-être pas le lieu d'en parler ici. Pour plusieurs raisons, nous ne voulons pas non plus insister sur le mérite de cette thèse d'ailleurs très bien conçue et bien écrite. Nous ne retenons que le chapitre consacré à l'examen des éruptions buccales observées dans la période d'incubation de la varicelle. Ces éruptions signalées par Cadet de Gassicourt, Charrin, et surtout par Galliard et Comby peuvent, d'après ces derniers auteurs surtout, revêtir un certain caractère de gravité, au point de simuler une *stomatite ulcéreuse* ou ulcéro-membraneuse violente et apporter obstacle à la nutrition de l'enfant.

M. le Dr Robert Cruet fait observer avec grande raison que, dans ce cas, il y a bien en effet stomatite, et stomatite grave, mais *stomatite secondaire* qui ne se développera qu'autant qu'il existera une infection buccale, antérieure ou concomitante ; la vésicule varicelleuse buccale qui appartient seule en propre à la maladie, au même titre que la vésicule cutanée qu'elle devance seulement, constitue le foyer, la porte d'entrée ou le point de départ des infections secondaires polymicrobiennes que détermineront les gingivites ou les stomatites ulcéreuses. Telle au moins nous apparaît bien la pensée de l'auteur, et nous l'enregistrons avec d'autant plus de plaisir qu'elle répond à des idées qui nous sont chères, et qu'on ne saurait trop mettre en lumière, sur le rôle de l'infection buccale. L'auteur nous a fait ici saisir sur le vif au moins une des causes, qui nous échappent d'ailleurs si souvent, du développement de stomatites graves, si fréquentes chez les enfants. Il a fait preuve ainsi d'une singulière perspicacité et d'un grand sens clinique. Ne serait-ce que pour le mérite de l'observation, la thèse du Dr Robert Cruet ne pouvait laisser les stomatologistes indifférents.

Digitized by Google

PRATIQUE COURANTE (1).

Il est souvent difficile avec les pinces ou les spatules de saisir et d'enlever les bavures d'amalgame en excès qui tombent dans la bouche et sont entraînées par la salive, lorsque la cavité de carie est complètement remplie. Le meilleur moyen de les atteindre et de s'en débarrasser, est de les ramasser avec une petite boulette de coton lâche, tenue à l'aide d'une pince ; les débris d'amalgame épars adhèrent avec la plus grande facilité aux mailles de coton qui les entraîne en dehors de la bouche. Une simple boulette de coton peut encore jouer un rôle utile lorsqu'on fait un plombage à l'amalgame ; promenée à la surface irrégulière de l'amalgame déjà foulé dans la cavité, elle en égalise la surface et la met au niveau des bords de la cavité. Cette surface, qui reste finement granuleuse, peut ensuite être polie avec les brunissoirs.

M. Trallero, de Barcelone, recommande, pour obturer les canaux radiculaires, la pâte suivante qui possède, affirme-t-il, un grand pouvoir antiseptique :

Xenoforme 1
Oxyde de zinc 2
Eugénol Q. S. pour faire une pâte claire.

(1) Nous publions sous ce titre des procédés pratiques, quelquefois nouveaux, souvent déjà connus, mais qu'il y a un intérêt professionnel à répandre. Nous prions instamment nos lecteurs de nous envoyer toutes les choses de pratique courante qui pourraient intéresser leurs coabonnés.

Nous nous ferons aussi un plaisir de répondre aux questions que l'on nous posera sur les incidents de pratique et de donner les renseignements qu'on nous demandera, essayant ainsi d'être utiles à tous.

Digitized by Google

CORRESPONDANCE

Mon cher Directeur,

Vous vous élevez avec juste raison contre l'oubli profond dans lequel on laisse l'hygiène buccale tant dans les écoles ou lycées qu'à la caserne et vous réclamez la brosse à dents au même titre que la brosse à astiquer ; ceci me rappelle une histoire, voulez-vous me permettre de vous la conter en deux mots.

J'ai soigné un de nos confrères, médecin de marine, qui sur nos conseils avait fait ample provision de brosses à dents pour ses matelots lors de l'embarquement. Voici ce que j'appris au retour de son voyage :

Quelques jours après la distribution de cette brosse d'une forme nouvelle pour eux, la plupart de ces bons matelots ignorant le mode d'emploi avaient trouvé bon de s'en servir pour faire reluire leurs boutons !!

Après une petite théorie sur la façon d'utiliser la brosse à dents et quelques distributions... de fers aux plus récalcitrants, les matelots eurent le bon esprit de comprendre que leurs dents devaient être à l'avenir aussi propres que leurs boutons de cuivre.

Veuillez agréer, etc...

Dr Gourc.

Notre entrefilet sur la brosse à dents des soldats, nous a valu une seconde lettre dont nous extrayons le passage suivant :

Une clef de Garengeot, deux daviers : un davier droit, un davier courbe : tels sont les moyens mis à la disposition du médecin pour l'extraction des dents dans les infirmeries régimentaires.

Je ne veux point entreprendre ici le procès de la clef de Garengeot : il est jugé depuis longtemps. Quant aux daviers, ils ne sont guère plus utiles et guère moins nuisibles.

Digitized by Google

Leur modèle doit être à peu près aussi ancien que celui de la clef de Garengeot : le mors est formé de deux branches épaisses, terminées en forme de croissant, de manière à présenter à leurs extrémités deux pointes séparées par un bord concave. Les deux branches du mors sont symétriques et identiques l'une à l'autre. Grâce à cette disposition, il est très difficile de faire pénétrer le mors dans l'espace alvéolo-dentaire, et si par hasard on peut l'enfoncer suffisamment, il s'adapte mal et ne s'insère pas entre les racines. Aussi, lorsqu'on veut se servir de l'un de ces instruments, ou bien il dérape, ou bien la dent se brise au niveau du collet. Il faut un cas très favorable pour pouvoir extraire la dent complètement ; et généralement cela ne va pas sans un délabrement considérable de l'alvéole et des gencives, grâce aux efforts qu'a dû faire le médecin. D'ailleurs, celui-ci, après quelques essais, devant le résultat obtenu s'abstient bien vite de toute intervention et le soldat est obligé de s'adresser à un dentiste. Mais outre que dans certaines garnisons, dans les forts où ils sont détachés, les soldats n'ont pas toujours un dentiste à leur disposition, c'est toujours une dépense pour eux, et ce n'est qu'après avoir souffert longtemps et lorsque survient une complication, un abcès, que les malheureux s'y résolvent.

Le remède à cet état de choses serait pourtant bien simple : il suffirait de remplacer les clefs de Garengeot, les daviers réglementaires, dont dix ou douze exemplaires se trouvent parfois dans une même infirmerie, par 6 ou 8 daviers construits sur un type rationnel. La dépense ne serait pas très grande et médecins et soldats s'en trouveraient mieux. Dr A.

NOUVELLES

Le XIIe Congrès de l'Association française de chirurgie sera tenu à Paris (à la Faculté de médecine) du 16 au 21 octobre 1899, sous la direction du professeur Poncet (de Lyon). La séance du mercredi matin 18 octobre à 9 heures, sera consacrée aux communications sur le crâne, les yeux,

Digitized by Google

les oreilles, la face, les fosses nasales, *la bouche*, le pharynx, le corps thyroïde.

Le Congrès odontologique Espagnol qui a eu lieu à Barcelone du 23 au 27 septembre dernier, a eu un plein succès. La séance du 27 a été consacrée à la discussion de la création d'un enseignement dentaire en Espagne. Notre secrétaire de la rédaction, qui représentait la Revue à ce Congrès, en rendra compte dans le prochain numéro.

Pendant un court séjour à Madrid, nous avons visité l'Hôpital Saint-Louis des Français, où nous a accompagnés, le sympathique médecin en chef, le Dr Dussac, ancien interne des hôpitaux de Paris. Cet hôpital, très bien tenu et très bien aménagé, est situé dans un des quartiers les plus sains de Madrid. Nos compatriotes malades y trouvent des soins dévoués et éclairés.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Paris, 2-9 *août* 1900

Dans la répartition des sections dans les divers amphithéâtres de Paris, le Grand Amphithéâtre de l'Assistance Publique, avenue Victoria, a été réservé à la *section de stomatologie*.

CLIENTÈLES

Jeune docteur en médecine, élève d'une école dentaire de Paris, demande place d'aide ou assistant dans une clinique ou cabinet privés.

Ecrire à M. Athon, rue Lamartine, 16.

Digitized by Google

Nous recevons la lettre suivante avec prière d'insérer :

Monsieur le Directeur de la *Revue de Stomatologie.*

Monsieur le Directeur,

J'ai le vif plaisir de vous annoncer que mes efforts tendant à former en France une Société en commandite par actions pour les fournitures dentaires, dans le but d'y intéresser MM. les Dentistes, viennent d'être couronnés d'un plein succès.

Le but que je poursuivais étant à l'avantage de MM. les Dentistes en particulier et de leur profession en général, j'ai trouvé partout des adhérents empressés, ce qui m'a permis d'arriver si rapidement à la constitution définitive de la Société Française de Fournitures dentaires qui a eu lieu le 30 août dernier.

J'ai donc l'avantage de vous dire que le premier acte de la Société a été d'acquérir les établissements de la maison P. A. Kœlliker et Cie à Paris, Lyon et Bordeaux, qui par conséquent appartient depuis le 1er septembre dernier à la nouvelle Société.

En ma qualité de Gérant, je me permets de recommander tout particulièrement cette nouvelle société professionnelle à votre bienveillante attention.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma plus haute considération.

G. Ott.

58 bis, rue de la Chaussée-d'Antin.

Digitized by Google

PATHOGÉNIE DE LA PULPITE AIGUE CONSÉCUTIVE A UNE OBTURATION INTEMPESTIVE

PAR

le Dr P. Robin,

Ancien chef de Laboratoire à la Faculté de médecine.

Tous les auteurs s'accordent maintenant pour reconnaître que les accidents douloureux occasionnés par les dents puisent leur pathogénie, au moins chez les adultes, dans l'infection.

Si la discussion reste ouverte pour les accidents dits de dentition chez les enfants, et si certains troubles nerveux survenus chez ces derniers trouvent encore quelques défenseurs, tous les accidents nerveux qui surviennent chez les adultes à la suite de l'éruption difficile d'une dent de sagesse sont aujourd'hui unanimement attribués aux désordres dus à l'infection. Ici l'explication du mécanisme de l'infection est facile à trouver, un examen minutieux de la bouche permet en général de voir la porte d'entrée, un capuchon de gencive irrité ou perforé par la mastication est souvent à juste titre incriminé.

Au contraire il est des accidents qui, tout en étant d'ordre infectieux, trouvent plus difficilement leur explication, je veux parler des dents, qui, obturées depuis un certain temps, restées absolument indolores, deviennent brusquement douloureuses, souvent à la suite d'une cause insaisissable, frappées de pulpite aiguë, plus ou moins grave, avec complication d'arthrite alvéolo-dentaire.

Comme d'autre part l'infection de la pulpe peut se faire par la voie dentinaire, il est commun de voir des crises de pulpite se déclarer sans obturation, alors qu'une couche de dentine sépare encore la pulpe de la cavité de la carie ; j'assimilerai ces pulpites à celles causées par une obturation intempestive, le pont de dentine pouvant ici faire fonction de matière obturatrice.

La durée de l'évolution du processus pathologique mise à part, tous les accidents gardent la même pathogénie ;

Digitized by Google

cette dernière restant sous la dépendance de l'ouverture ou de la fermeture de la cavité, j'étudierai d'abord ce qui se passe quand on obture une dent qui a sa pulpe à nu.

Une pulpe mise à nu n'est pas forcément infectée, elle peut rester ainsi quelquefois très longtemps sans donner lieu à la plus petite douleur, abstraction faite des douleurs occasionnées par une congestion pulpaire d'ordre thermique, douleur dont le mécanisme est la compression nerveuse par vaso-dilatation, en dehors de toute réaction inflammatoire.

La pulpe étant indemne de toute lésion traumatique, n'ayant pas encore été enflammée, devrait être en état de supporter une obturation, il n'en est pas ainsi. Faisons-en l'obturation sans avoir au préalable fait l'asepsie de la cavité de la carie, les accidents sont immédiats ; bien souvent, à peine quelques minutes après l'occlusion de la dent, une crise de pulpite éclate, bien que le pansement ait été pratiqué sans compression pulpaire.

Rouvrons la dent, les accidents se calment et la pulpe est susceptible de redevenir indolore par le seul fait de sa mise à nu.

Avant l'occlusion, pendant et après l'ouverture de la dent, la cavité de la carie se trouve toujours dans les mêmes conditions septiques : quelle influence peut donc avoir l'obturation comme cause déterminante des accidents ?

Je n'insisterai pas sur l'importance du drainage en chirurgie générale, que ce dernier soit fait par n'importe quelle méthode, il est la condition essentielle de succès, au point de vue des suites opératoires. Une plaie infectée bien drainée marche rapidement vers la cicatrisation, tandis qu'elle s'enflamme immédiatement si pour une cause quelconque l'évacuation des produits morbides ne se fait pas, ou se fait mal.

Une carie dentaire et la pulpe quand elle est mise à nu, sont baignées constamment par la salive, liquide éminemment septique. La cavité de la dent est une étuve naturelle, maintenue à une température relativement constante ; les milieux de cultures de toute sorte y abondent, fournis

Digitized by Google

par tous les débris alimentaires qui viennent l'encombrer ; ses parois même y apportent leur contingent.

Dans un semblable milieu si la pulpe ne s'enflamme pas, il faut en chercher justement la raison dans le drainage naturel qu'offre la carie dentaire en communication directe avec l'extérieur.

Les conditions de milieu changent totalement dès l'obturation de la cavité, derrière la matière plastique se trouvent enfermés tous les agents septiques, il y a immédiatement rétention de tous les exsudats morbides, produits par les microbes : le drainage est supprimé.

Aussi bien dans le cas qui nous occupe que dans toutes les autres infections, le terrain sur lequel se produit l'infection, les agents septiques mis en présence et le milieu ambiant conservent vis-à-vis les uns des autres une importance relative qu'il est important de mettre en lumière.

La vitalité physiologique du terrain et la virulence des agents septiques justement ici se trouvent susceptibles d'être modifiées à volonté, par l'ouverture et l'occlusion de la cavité.

Ouverte, le terrain possède son maximum de résistance, tandis que la virulence des agents septiques est à son minimum.

Pendant l'occlusion de la cavité il se produit une rétention de tous les produits morbides fabriqués par les microbes, qui compriment mécaniquement la pulpe, et diminuent son activité physiologique. Le milieu qui tout à l'heure, quand la cavité était ouverte, se trouvait librement aéré, se trouve rapidement privé de l'oxygène qu'il contenait, de sorte que si quelques microbes anaérobies font partie de sa flore microbienne, ces derniers peuvent se développer.

Le milieu devient surtout favorable à l'exaltation de la virulence de tous les germes qu'il contient, la symbiose microbienne intervient aussi, tous ces phénomènes pathologiques étant aidés par la résorption des toxines existant dans l'exsudat inflammatoire. Leur résorption faisant de la pulpe un lieu de moindre résistance.

Il est très admissible que la compression mécanique

Digitized by Google

produite par la rétention de l'exsudat détermine une douleur, nous avons vu qu'elle contribue à diminuer la résistance physiologique de la pulpe, mais à elle seule elle ne saurait expliquer complètement la propagation de l'inflammation, d'autres éléments interviennent, je vais essayer de montrer quelle part ils peuvent prendre dans la production de la phlogose.

Sans vouloir entreprendre la description des espèces microbiennes susceptibles d'être rencontrées d'une façon constante dans la carie dentaire, je rappellerai que le bacterium termo, trouvé constamment par Lauwesnhoerk dans le tartre dentaire, est un hôte anaérobie constant de la carie dentaire.

Le pneumocoque s'y rencontre également et l'on sait avec quelle facilité il devient pyogène en dehors du poumon. Les staphylocoques qui assiègent toutes les cavités naturelles de l'homme n'y font pas plus défaut que le colibacille. Je citerai surtout les streptocoques qui sont des aérobies facultatifs.

La symbiose microbienne a toute liberté pour s'y produire; aérobies et anaérobies fabriquent donc des toxines, qui, résorbées par la pulpe,la mettent en état d'infériorité manifeste au point de vue de sa résistance ; les travaux de Büchner, Christmas et Lebert le démontrent péremptoirement. A toutes ces choses j'en ajouterai une autre qui les résume peut-être toutes à elle seule, je veux parler du *vase clos*. Je n'entrerai pas dans tous les détails de cette théorie développée d'une façon magistrale par M. le professeur Dieulafoy, je retiendrai seulement pour la clarté de mon sujet les expériences de Klecki qui, à la suite de l'étranglement d'une anse intestinale par des ligatures de caoutchouc, voyait se déclarer une péritonite sans perforation intestinale. Roger et Josué arrivent aux mêmes résultats en étranglant l'appendice, après avoir isolé le paquet artério-veineux. Dans toutes ces expériences, une fois les microbes en vase clos, leur virulence devient telle qu'ils peuvent traverser les parois de l'intestin. A côté de ces expériences positives s'en trouvent d'autres négatives qui sont en quelque sorte une

Digitized by Google

démonstration des premières, en même temps qu'elles établissent clairement toute la valeur d'un drainage parfait. En effet Préobagenski de Saint-Pétersbourg, après avoir pratiqué de larges plaies chez des chiens et des cobayes, enduisait ces plaies de sang putride et recouvrait le tout d'un pansement. Les animaux guérissaient parfaitement quand les pansements étaient faits avec des matières très absorbantes qui établissaient un bon drainage, au contraire les animaux succombaient en deux jours quand le pansement était imperméable. Si ces expériences ne sont pas des démonstrations aussi positives que celles de Klecki, Roger et Josué sur l'importance du vase clos, elles prouvent que l'exaltation de virulence et l'infection sont sous la dépendance de la stagnation des produits septiques.

D'après tous ces faits, je crois pouvoir attribuer la pathogénie des crises de pulpite aiguë à tous ces éléments, en donnant le rôle prépondérant à l'exaltation de virulence, la compression par rétention n'étant en quelque sorte qu'une cause occasionnelle de l'infection aiguë. Il est donc aisé maintenant de comprendre pourquoi une dent obturée sans une parfaite asepsie de la cavité et de ses parois devient douloureuse. Rien ne s'opposant à ce que le processus inflammatoire de la pulpe soit le même que celui de tous les autres tissus, il est tout naturel d'admettre que des microphages ou des macrophages, véritables nécrophores, transportés par les veines ou les lymphatiques, aillent s'emboliser dans les tissus attenants à la dent.

Dans ce cas le ligament alvéolo-dentaire sera le premier atteint, et le résultat de ce processus sera la création de « nodules toxi-infectieux » comme appelle M. Letulle ces amas de cellules géantes et de phagocytes gorgés de microbes.

Je rappellerai pour mémoire les belles expériences de Metchnikoff, qui établissent que si les microbes ne conservent pas toujours leur virulence une fois englobés par les cellules phagocytes, il n'en est plus de même des spores.

Digitized by Google

Il suffit de mettre ces dernières dans des conditions favorables pour faire renaître leur virulence.

Aussi malgré les soins les plus minutieux pris dans le cours de l'extraction d'une pulpe, malgré l'antisepsie la plus rigoureuse apportée à l'obturation des canaux, si le ligament alvéolo-dentaire contient quelques nodules toxi-infectieux, nous pourrons voir réapparaître des accidents d'arthrite. J'ajouterai qu'à cette cause d'infection vient s'en ajouter encore une autre, aussi difficile à combattre, c'est l'infiltration des canalicules dentinaires par les microbes.

Cette infection du ligament peut être le point de départ d'arthrite ; nous verrons par la suite qu'elle peut suivre une autre voie, mais je ne puis abuser de l'hospitalité qui m'est accordée, je reprendrai dans un autre article la pathogénie des arthrites dites spontanées et leur traitement.

ESSAI DE CLASSIFICATION DES ARTHRITES ALVÉOLO-DENTAIRES

PAR

J. Redier,

Professeur à la Faculté libre de médecine de Lille.

Tout le monde est aujourd'hui d'accord pour désigner l'inflammation des tissus qui unissent la racine des dents à l'alvéole, sous le nom d'arthrite.

L'emploi de ce terme de la nosographie générale se trouve justifié doublement par l'anatomie et par la pathologie : les travaux de Malassez (1) confirmés par Beltrami (2) ont en effet démontré que les rapports des racines des dents avec leurs alvéoles sont ceux d'une véritable articulation dont les moyens d'union sont constitués par les ligaments alvéolo-dentaires ; et d'autre part, il y a les

(1) *Archives de Physiologie*, 1885, 3e série, tome V, p. 144 et suiv.
(2) *De l'articulation alvéolo-dentaire chez l'homme.* Thèse de Paris, 1895.

Digitized by Google

plus grandes analogies entre les arthrites alvéolo-dentaires et celles des autres articulations, si l'on tient compte des caractères spéciaux dus aux conditions particulières de milieu et de vulnérabilité (1).

Cette nouvelle conception des rapports des dents avec leurs alvéoles jette une singulière clarté sur des faits restés obscurs jusqu'alors et notamment sur les arthrites alvéolo-dentaires, dont un certain nombre de variétés étaient méconnues ou décrites comme des affections n'ayant entre elles aucun rapport.

C'est ainsi que jusqu'à ces dernières années, on ne trouve guère signalée dans les auteurs que l'arthrite traumatique, l'arthrite qui complique les caries avancées et cette forme particulière que Marchal de Calvi a désignée sous le nom caractéristique de gingivite expulsive.

Ces trois variétés sont généralement considérées comme n'ayant entre elles aucun lien. Le plus souvent on se borne à mentionner la première ; la seconde est constamment décrite avec la carie dont on la distingue à peine, quant à la troisième elle est l'objet d'assez nombreuses monographies en France et à l'étranger, et elle a depuis longtemps attiré des observateurs même en dehors des spécialistes, en raison sans doute de ses rapports avec certaines maladies générales.

Mais Magitot, dans son mémoire sur l'ostéo-périostite (c'est le nom qu'il donne à la gingivite expulsive) décrit cette maladie comme une affection absolument distincte de la périostite ordinaire (2) ; et Pietkiewicz dans son excellente thèse, qui reste encore la monographie la plus complète sur la question (3), élimine la pyorrhée alvéolo-dentaire de sa description, non toutefois sans reconnaître « que la marche au moins de la maladie lui permet de la considérer comme une forme de la périostite ».

Il nous paraît cependant d'une logique rigoureuse de classer sous la même rubrique toutes les inflammations

(1) Nous entendons parler de la vulnérabilité par les agents infectieux aussi bien que par les traumatismes.
(2) J. B. Baillière et fils, Paris, 1873.
(3) Thèse de Paris, 1876.

Digitized by Google

d'un même organe, quelles qu'en soient les causes et quelque variées qu'en soient les formes cliniques, de même que l'on fait en pathologie générale pour toutes les arthrites, par exemple, qu'elles soient d'origine traumatique, rhumatismale, tuberculeuse ou autre et alors même qu'elles présentent entre elles des différences cliniques des plus considérables.

Un de nos élèves, M. Nuyts, dans sa thèse inaugurale (1) a donné une classification des arthrites alvéolo-dentaires qui est, croyons-nous, la première tentative qui ait été faite dans ce sens.

Il divise les arthrites en :

Arthrites de cause externe,

Arthrites rhumatismales,

Arthrites septiques.

Dans le groupe des arthrites septiques entre la presque totalité des arthrites, notamment l'arthrite qui vient si souvent compliquer les caries pénétrantes et toutes les polyarthrites.

C'est là le reproche que nous faisons à cette classification : elle est par trop sommaire et précisément à cause de cela réunit des espèces tout à fait dissemblables.

On reprochera peut-être à celle que nous proposons d'être trop compliquée ; mais cette complication n'est qu'apparente ; car s'il y a un grand nombre de variétés, il faut bien les mentionner toutes, sous peine d'être incomplet, puis réunir dans un même groupe les espèces qui ont entre elles des rapports naturels : c'est précisément là le but des classifications et c'est ce que nous avons voulu faire pour les arthrites alvéolo-dentaires.

Nous divisons d'abord les arthrites en deux grandes classes :

A. — Les arthrites de cause locale ou accidentelle ;

B. — Les arthrites de cause générale.

Les premières sont celles qui se développent exclusivement sous l'influence d'une cause locale ou accidentelle.

(1) *De l'arthrite alvéolo-dentaire et en particulier de l'arthrite consécutive à la carie.* Thèse de Paris, 1895.

Digitized by Google

Elles sont ordinairement uniques ; mais elles peuvent aussi être multiples, c'est-à-dire qu'il peut en exister plusieurs cas simultanément dans une même bouche. Ces arthrites simultanées sont alors absolument indépendantes et n'ont entre elles que des rapports de hasard.

Les arthrites de cause générale forment un groupe absolument distinct du précédent. Sous l'influence de certains états généraux, il semble que les articulations alvéolo-dentaires, comme d'ailleurs tout l'organisme, soient mises en état de « moindre résistance », et comme il suffit de la plus petite effraction de la sertissure gingivale pour les mettre en rapport avec le milieu buccal, où abondent les microorganismes les plus variés, elles s'infectent avec la plus grande facilité et des arthrites se déclarent et se prolongent tant que durent les conditions qui leur ont permis de se développer.

L'inflammation articulaire d'abord limitée à un petit nombre de dents ne tarde pas à se généraliser à toutes ou presque toutes les dents, si bien que ces arthrites de cause générale sont fatalement au bout de très peu de temps des polyarthrites.

On se rend particulièrement bien compte de cette pathogénie chez les diabétiques dont la polyarthrite suit très exactement la marche de la maladie, augmentant quand augmente la quantité de sucre et diminuant avec celle-ci.

A. — Arthrites de cause locale ou accidentelle.

Elles sont traumatiques ou septiques,

1° **Traumatiques**. — Dans cette classe entrent tous les cas dans lesquels l'inflammation est le résultat d'un traumatisme ; ce terme étant pris dans sa plus large acception.

Les agents traumatiques sont mécaniques, physiques ou chimiques.

Les premiers agissent de différentes manières : ce peut être un choc violent atteignant une seule dent ou plusieurs simultanément, comme on l'observe quelquefois à la suite

Digitized by Google

de chutes sur le menton ou de projection brusque de la mâchoire inférieure contre la supérieure ; ou bien le heurt pendant la mastication d'un corps dur accidentellement mêlé aux aliments, petite pierre, fragment d'os, plomb de chasse ; la pression exercée sur une dent prise comme point d'appui pour l'extraction d'une voisine ; des tentatives infructueuses d'extraction et *a fortiori* la luxation incomplète, qu'elle soit accidentelle ou chirurgicale, comme dans la rotation brusque appliquée au traitement de l'anomalie dite par rotation sur l'axe.

Dans les cas que nous venons de citer, la violence, le trauma agit brusquement mais avec une certaine intensité ; le résultat est le même lorsqu'un traumatisme léger exerce une pression prolongée. Ainsi s'explique l'arthrite qui se développe quand on écarte les dents à l'aide de tampons d'ouate comprimée, de caoutchouc ou de chevilles de bois pour le traitement des caries des faces contiguës ; les appareils employés pour le redressement des dents provoquent aussi inévitablement une arthrite, légère sans doute, quand le traitement est bien dirigé, mais qui, dans les conditions opposées, peut compromettre le ou les organes atteints. Enfin d'une manière générale, tous les corps étrangers qui séjournent un certain temps au voisinage du collet des dents, font naître une arthrite traumatique en rapport avec l'énergie et la durée du trauma.

Les arthrites qui surviennent à la suite de l'emploi du thermocautère pour la destruction des tumeurs gingivales ou pour tout autre motif, quand l'instrument vient à léser des articulations alvéolo-dentaires, rentrent également dans cette classe.

Comme exemples de traumatisme par des agents chimiques nous citerons les cautérisations par les différents caustiques en usage dans la thérapeutique des maladies de la bouche ou des dents. Ce sont ordinairement l'acide arsénieux, la créosote, ou plus rarement le chlorure de zinc qui, employés en pansement pour le traitement de la carie pénétrante, fusent ou s'échappent de la cavité, surtout lorsque celle-ci siège au voisinage du collet, et exercent leur

Digitized by Google

action sur la muqueuse et sur le ligament alvéolo-dentaire au point où ces deux tissus se confondent ; ou bien ces agents sont refoulés par le canal radiculaire, lorsque celui-ci est large, comme chez les enfants, jusqu'au sommet de la racine et arrivent ainsi en contact avec l'articulation.

2° **Septiques.** — L'arthrite septique est celle qui nait du contact de l'articulation avec des agents septiques ; c'est de beaucoup la variété la plus fréquente des arthrites de cause externe.

L'agent septique peut pénétrer dans l'articulation par un point quelconque, mais c'est le plus souvent par le rebord gingival ou par le sommet radiculaire.

Dans le groupe des arthrites septiques entrent :

L'arthrite tartarique ;

L'arthrite consécutive à un traumatisme septique ;

L'arthrite par propagation d'une infection de voisinage ;

L'arthrite consécutive aux caries pénétrantes.

L'arthrite tartarique est assez fréquente ; les dépôts de tartre, quand ils sont mous, agissent uniquement par les agents septiques qu'ils contiennent en si grand nombre ; quand ils sont durs, leur action est à la fois mécanique et septique.

L'arthrite qu'ils provoquent est essentiellement chronique ; la gencive est d'abord repoussée ; l'articulation est promptement entamée et le ligament peu à peu détruit. Au début l'ablation des dépôts de tartre suffit presque toujours à assurer la guérison ; mais plus tard, lorsque déjà le ligament est intéressé, les lésions sont irréparables et une partie plus ou moins grande de la racine reste définitivement à découvert.

L'arthrite consécutive à un traumatisme septique est à peu près sans importance quand la lésion siège au voisinage du collet : tel est le cas des piqûres qui sont faites journellement, soit par des praticiens dont les instruments laissent à désirer (instruments de nettoyage en particulier), soit par les sujets eux-mêmes avec le cure-dent ou avec des corps durs qui font partie des aliments (arêtes de poisson, petites esquilles osseuses). Cette immunité relative tient sans doute à ce que ces petites blessures qui

Digitized by Google

s'ouvrent directement dans la cavité buccale bénéficient des qualités spéciales à ce milieu qui est, comme l'on sait, un milieu d'atténuation pour les microorganismes pathogènes, au moins à l'état normal (1).

Il n'en est pas de même pour les piqûres qui atteignent l'articulation par le sommet radiculaire. L'accident se produit dans les conditions suivantes : un opérateur cherche à enlever les débris d'une pulpe aseptique et il emploie des sondes ou des tire-nerfs infectés ; dans une de ces manœuvres, la pointe de l'instrument s'engage dans le foramen et vient blesser l'articulation ou même s'y briser. A la suite de ces faits une arthrite se déclare dont le caractère dépend évidemment de la nature de l'agent septique qui souillait la pointe, mais qui généralement est très sérieuse, parce qu'ici on ne peut compter sur l'atténuation par le milieu buccal avec lequel le sommet radiculaire n'a que des rapports très éloignés.

L'arthrite par propagation d'une inflammation de voisinage s'observe dans les conditions les plus variées : dans la stomatite ulcéreuse, l'inoculation peut se faire par contact direct au niveau du collet par des plaques de la joue ; ou bien l'invasion a lieu de proche en proche et l'on voit par exemple, un foyer ulcéreux, primitivement limité à une dent de sagesse en évolution, devenir le point de départ d'une série d'arthrites qui s'étendent peu à peu d'une dent à l'autre.

Dans le cas d'arthrite grave du sommet, l'inflammation s'étend presque toujours aux deux ou trois dents voisines ; la propagation a lieu alors par les lymphatiques ou par infiltration directe des microorganismes dans le voisinage du foyer primitif.

Une ostéite du maxillaire, une gingivite, une inflammation du sinus maxillaire pourront de la même manière devenir le point de départ d'arthrites. Nuyts en rapporte dans sa thèse un cas intéressant qu'il a pu observer à no-

(1) Il a été donné plusieurs explications de cette intéressante propriété du milieu buccal qui est commune à toutes les cavités naturelles ; mais aucune d'elles ne paraît très probante.

Digitized by Google

tre clinique (1). Il s'agit d'un étudiant en médecine qui au cours d'un coryza aigu très intense, fut atteint d'arthrite de la première molaire supérieure droite, laquelle était d'ailleurs profondément cariée ; en même temps apparurent des douleurs dans la joue et une suppuration abondante par la narine du même côté ; le malade demanda l'extraction de sa mauvaise dent qu'il accusait d'avoir provoqué la suppuration du sinus ; la marche des accidents, le peu d'intensité et la courte durée (un jour à peine) de l'arthrite permirent de rejeter cette interprétation et de conclure que les phénomènes s'étaient succédé dans l'ordre inverse ; l'évolution ultérieure de la maladie ne tarda pas à confirmer ce diagnostic, car les sinus frontaux et les ethmoïdaux furent envahis successivement, de sorte que le malade put se convaincre que la légère arthrite qui l'avait inquiété au début n'avait été qu'un incident sans gravité, qu'une propagation de l'inflammation très intense qui avait envahi successivement tous les points de la muqueuse nasale.

Ces arthrites septiques, par propagation d'une inflammation de voisinage, sont en général légères, de courte durée et se terminent par résolution.

L'arthrite consécutive aux caries pénétrantes forme une classe tout à fait distincte.

C'est lorsque les canaux radiculaires sont infectés qu'elle se produit, dans les variétés que nous avons appelées P2 et P3 (2). A cette période de la maladie la pulpe est plus ou moins infectée et gangrenée et la cavité centrale de la dent de même que les canaux radiculaires sont remplis d'un putrilage infect où pullulent les divers agents septiques que l'on rencontre toujours en pareil cas ; les détritus organiques provenant de l'alimentation et qui s'engagent et séjournent dans la cavité de la dent cariée alimentent incessamment ce foyer qui devient dès lors une menace permanente pour l'articulation. Il suffit en effet qu'une certaine

(1) *Loc. cit.*, page 16.
(2) Traitement de la carie dentaire, in *Revue de Stomatologie*, numéros de juin, juillet et août 1899.

Digitized by Google

quantité de matériaux septiques franchisse le sommet du canal radiculaire pour qu'immédiatement éclate une inflammation de l'articulation, inflammation dont la marche plus ou moins aiguë dépend d'un certain nombre de facteurs dont les plus importants sont sans doute la quantité et la qualité de l'agent septique d'une part et l'aptitude ou la réceptivité du terrain d'autre part.

L'arthrite septique envisagée comme complication de la carie se montre soit en dehors de toute intervention, soit pendant le cours du traitement qui doit aboutir à l'obturation, soit après l'obturation.

Dans le premier cas, les matériaux septiques contenus dans les canaux radiculaires en franchissent spontanément le sommet ou sont refoulés à travers le foramen par une pression de la langue ou des aliments ; ou bien un corps étranger s'engage dans le canal, l'oblitère et détermine la rétention des matières septiques qui, libres jusque là, ne peuvent plus s'écouler au dehors au fur et à mesure de leur production, et sont forcées désormais de se frayer un passage du côté opposé. Quoi qu'il en soit, le résultat est toujours le même : l'agent septique mis en contact avec l'articulation l'enflamme et développe là un foyer de suppuration.

Dans le second cas, arthrite développée pendant le cours du traitement, le mécanisme de la contamination articulaire est beaucoup plus manifeste : ici ce sont les manœuvres destinées à évacuer les canaux radiculaires et à en assurer l'asepsie qui, mal dirigées, ont abouti précisément à un résultat inverse de celui qui était cherché ; les petites broches chargées d'ouate introduites dans le canal pour en retirer le contenu l'ont refoulé au delà de l'apex ; les accidents apparus le jour même, quelques heures après la fausse manœuvre, parfois presque aussitôt après elle, ne laissent pas de doute sur leur origine, et le malade lui-même établit parfaitement la relation de cause à effet.

Dans le troisième cas, arthrite après obturation d'une carie pénétrante, les accidents sont dus à la rétention de quelques matériaux septiques qui ont échappé aux investigations ou qui, en raison de leur situation dans un canal radiculaire difficilement accessible, n'ont pu être éloignés

Digitized by Google

ou rendus inertes. Point n'est besoin d'insister après ce qui a été dit plus haut sur le rôle de ces petits foyers, qui tantôt manifestent leur activité dans les jours qui suivent l'obturation, et tantôt restent plus ou moins longtemps comme assoupis pour se révéler plus tard sous l'influence de causes qu'il est assez difficile de préciser.

(*A suivre.*)

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS ET OBSERVATIONS

UN CAS DE RÉSORPTION DE DEUX RACINES D'UNE SECONDE MOLAIRE SUPÉRIEURE VIVANTE, CHEZ UN ADULTE

Par **P. GIRES** (1).

J'ai à vous faire plutôt une présentation qu'une communication ; et encore sera-t-elle très courte, parce qu'elle est malheureusement incomplète, faute de renseignements.

La dent que je vous présente est une seconde molaire supérieure droite permanente qui a été extraite par moi dans le service dentaire de M. Rodier à Lariboisière. Elle présentait tous les symptômes d'une pulpite aiguë banale, très douloureuse et pour laquelle la malade, une femme d'une trentaine d'années, réclamait énergiquement une intervention radicale. En nettoyant la cavité pour vérifier mon diagnostic, je mis à nu une pulpe vivante et qui se mit à saigner. Après avoir calmé, à l'aide d'un tampon phéniqué, la douleur et du même coup l'hémorrhagie, j'entrepris l'extraction, qui est malheureusement trop souvent, la seule intervention que nous puissions faire dans les hôpitaux pour un cas de ce genre. L'extraction fut faite lentement, méthodiquement, et j'obtins sans effort la dent que je vous présente. Sa racine interne et sa racine postéro-externe sont en partie résorbées. Leur surface de résorption présente l'aspect rugueux et granulé que l'on observe sur les racines résorbées des dents temporaires. Vous pourrez remarquer, comme point de comparaison, une très petite surface brillante et lisse située à la partie antérieure de la racine externe. Cette petite surface est nettement une surface de cassure, et tranche singulière-

(1) Extrait des *Comptes-rendus de la Société de Stomatologie.*

Digitized by Google

ment avec l'aspect de la partie résorbée, située immédiatement à côté d'elle.

Après avoir bien examiné cette dent, je la montrai à M. Rodier, dont l'opinion fut également que ces racines étaient résorbées. Pour contrôler cette opinion, nous avons, malgré la résistance de la malade, soigneusement examiné l'alvéole, et n'y avons pas trouvé traces de racines.

J'ai examiné de nouveau cette dent, et enlevé à l'excavateur une pulpe très congestionnée. J'ai pu ensuite extraire les nerfs : ils avaient bien l'aspect de nerfs vivants, très rouges ; ceux des racines résorbées étaient de la longueur des moignons.

En somme, nous étions bien en présence *d'une dent permanente, vivante, dont deux racines étaient résorbées.*

A quoi attribuer cette résorption ? Nous n'avons trouvé aucune cause locale : pas de kyste qui aurait pu produire la résorption par compression ; pas de dent de sagesse incluse qui aurait pu (?) produire une résorption analogue à celle des dents temporaires. On doit penser à une cause générale, mais malheureusement, les renseignements manquent sur les antécédents et l'état actuel de la malade. Très inintelligente, pour ne pas dire presqu'idiote, et très surexcitée par l'extraction et encore plus par le second examen que nous venions de faire, elle a à peine répondu à nos questions. Elle est très nerveuse, et a souvent des crises dont nous n'avons pu déterminer la nature. De plus nous avons cru comprendre, dans son langage peu intelligible, qu'elle était rhumatisante. Cette seconde affection pourrait peut-être plutôt être mise en cause, mais je n'ose pas me lancer, avec ces renseignements trop incertains, sur une théorie qui pourrait être aussi trop incertaine. L'observation m'a paru intéressante, car je ne sache pas qu'aucun cas de résorption de racines de dent permanente vivante, ait été signalé, et c'est pour cela que j'ai rapporté cette observation à la Société.

Digitized by Google

ACCIDENT DE DENT DE SAGESSE DU A UN ODONTOME RADICULAIRE VOLUMINEUX. EXTRACTION DIFFICILE. GUÉRISON.

Par **H. Rodier.**

Mme T..., 40 ans, souffre depuis un mois de douleurs ayant pour siège l'angle de la mâchoire inférieure droite. Le 25 mai, un dentiste lui extrait les racines des première et deuxième grosses molaires correspondantes.

L'état douloureux persiste néanmoins, et la région devient le siège d'un gonflement qui gêne l'ouverture de la bouche, et pour lequel Mme T... vient à la consultation dentaire de Lariboisière le 16 juin.

Je constate en effet au niveau de l'angle du maxillaire droit, et s'étendant le long de son bord inférieur, une tuméfaction volumineuse à peau lisse et chaude, douloureuse à la pression, mais non fluctuante.

Les douleurs s'irradient le long de la branche montante de l'os maxillaire, et dans toute la région auriculaire.

Un léger trismus rend l'écartement des mâchoires difficile et douloureux. Je constate néanmoins que les alvéoles des dents extraites antérieurement sont en voie de guérison normale.

Les deux dents de sagesse supérieures existent. De la dent de sagesse inférieure gauche, il ne persiste que la racine.

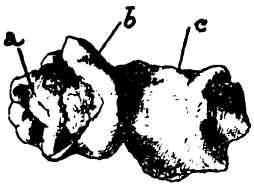
Au niveau de la dent de sagesse inférieure droite il n'y a pas de dent apparente. Je constate simplement une légère inflammation de la gencive. Rouge et tuméfiée celle-ci est peu sensible, et la pression ne fait pas déceler la présence de pus. Avec la pointe d'un stylet pénétrant par un petit orifice on a la perception nette d'une dent.

Diagnostic facile : Début d'un accident de dent de sagesse en voie d'éruption, avec son cortège habituel, banal, simple et classique. L'extraction est décidée. La gencive débridée au thermocautère laisse voir un point jaune dur, luisant, ne ressemblant en rien à de l'émail,

Digitized by Google

mais ayant tout à fait l'aspect du cément indiqué en (b) dans la figure ci-jointe. Il m'est impossible de déceler quelque chose qui ressemble à la couronne d'une dent. Néanmoins saisissant, avec un davier, ce que je crois être la dent, j'exerce tous les mouvements ordinaires de l'extraction : vaines tentatives, je n'obtiens pas la moindre mobilisation. Les élévateurs, pied de biche, langue de carpe, ne me donnent pas un résultat meilleur. Heureusement je n'ai pas de clef de Garengeot dans mon arsenal hospitalier, sans cela je l'aurais volontiers employée !!!

J'essaye alors de divers daviers sans pouvoir arriver à obtenir une prise suffisante de la dent. Enfin avec le davier baïonnette qui nous sert ordinairement pour l'extraction des racines du haut, je réussis à la saisir solidement, et après des tractions et rotations en tous sens je parvins à extraire la pièce que je vous présente, et dont notre confrère et ami M. Capdepont a fait le dessin grandeur naturelle, que je vous fais passer en même temps.



Dent de sagesse inférieure droite.

a. Couronne normale de la dent. — *b*. Seul point de l'odontome visible au niveau de la gencive. — *c*. Odontome radiculaire.

Cette pièce comprend la couronne normale de la dent de sagesse (a), dont la surface masticatrice était orientée du côté de la table interne de l'os.

A cette couronne fait suite un odontome radiculaire volumineux (c) à grand axe horizontal, et dont l'extrémité était dirigée en arrière et incluse dans la branche montante. Cet odontome mesure trois centimètres et demi de long, sa plus grande circonférence est de cinq centimètres et demi. Le poids total de la pièce est de 7 gr. 20.

Cette extraction a duré quarante-quatre minutes. J'ai

Digitized by Google

revu la malade quatre jours après. La tuméfaction avait à peu près complètement disparu. Les douleurs et le trismus avaient cessé. La plaie opératoire était en voie de cicatrisation normale. La malade doit continuer les bains de bouche et les lavages alvéolaires fréquents qui lui avaient été prescrits avec une solution chloralée, thymolée, mentholée.

Digitized by Google

LES LOIS DENTAIRES (1)

par P. Gires.

LOIS DENTAIRES DES ÉTATS-UNIS.

Chaque État de l'Union est maitre d'édicter la loi dentaire applicable sur son territoire. A cet égard, malgré les différences qui distinguent chacune de ces lois on peut grouper les États de l'Union en cinq catégories :

1°) Treize États n'accordent le droit d'exercer l'art dentaire qu'aux diplômés d'une école reconnue, après un examen de contrôle passé devant une commission nommée par l'État.

2°) Dix États accordent le droit d'exercer l'art dentaire à tous ceux (diplômés d'une école ou non diplômés) qui subissent avec succès l'examen de l'État.

3°) Vingt et un États enregistrent sans examen les diplômés d'une école dentaire reconnue, et n'accordent aux non-diplômés le droit d'exercer l'art dentaire qu'à la condition de passer l'examen de l'État.

4°) Deux États enregistrent les diplômés sans examen.

5°) Quatre États, y compris l'Alaska et le territoire Indien, ne possèdent aucune législation dentaire.

A part quelques exceptions, le contrôle de l'État est d'autant plus sévère, qu'il possède un plus grand nombre d'écoles dentaires.

L'examen de ces différentes lois ne présenterait que peu d'intérêt. L'étude des législations des États groupés dans la première catégorie est au contraire très importante. La loi dentaire de l'État de New-York peut à bon droit être choisie comme type.

LOI DENTAIRE DE L'ÉTAT DE NEW-YORK.

En 1868 un comité de « censeurs de l'exercice de l'art

(1) Extrait du rapport adressé à M. le Ministre de l'Instruction publique sur « l'*Instruction dentaire* ». (Sous presse.)

Digitized by Google

dentaire » fut organisé dans cet État, avec mission de décerner après examen, le diplôme de « Master of Dental Surgery » (Maître en chirurgie dentaire). — Mais les décisions de ce comité formé par l'initiative privée n'avaient aucune sanction légale. — En 1895 une loi fut votée par le corps législatif de l'État, faisant de la « dentisterie une partie intégrante de la Médecine » et la mettant sous la direction et le contrôle du Comité des censeurs, devenu ainsi le « Comité des examinateurs de l'État, pour les dentistes » (State board of dental examiners).

Ce comité est chargé de faire passer un examen à tout candidat qui, ayant payé les frais légalement exigibles, prouve :

1°) Qu'il est âgé d'au moins 21 ans ;

2°) Qu'il est de bonnes vie et mœurs ;

3°) Qu'il possède une instruction générale égale à celle qui est requise des Médecins, c'est-à-dire au minimum un diplôme d'une École supérieure (High school) ;

4°) Qu'il possède un diplôme d'une école dentaire reconnue, ou que, diplômé d'une école de médecine reconnue, il a suivi un cours spécial d'au moins un an dans une école dentaire reconnue.

Aucun diplôme dentaire ne peut être conféré dans cet État, à moins que le candidat n'ait accompli d'une façon satisfaisante au *moins trois ans d'études* dans une institution reconnue par les régents de l'Université comme atteignant un niveau d'études satisfaisant.

La loi de 1895 « n'interdit pas aux personnes qui ne sont pas enregistrées comme dentistes, de faire un travail purement mécanique sur une matière inerte dans un laboratoire ou un cabinet dentaire ; ni à l'étudiant d'un dentiste d'assister son précepteur dans les opérations dentaires, pourvu que ce soit en la présence, et sous la surveillance personnelle de l'instructeur ».

Les médecins dûment enregistrés, conservent le droit de traiter les maladies de la bouche, et de pratiquer les opérations de chirurgie dentaire.

Mais cette loi interdit à toute personne qui ne s'y est

Digitized by Google

pas conformée, de pratiquer des opérations dentaires sous le couvert du nom d'un dentiste enregistré.

Toute personne qui violera les articles de cette loi sera punissable d'une amende d'au moins 50 dollars pour le premier délit. Dans le cas de récidive, la pénalité sera une amende d'au moins 100 dollars, ou un emprisonnement d'au moins deux mois, ou les deux peines combinées.

LOI DENTAIRE ANGLAISE.

La loi qui règle actuellement l'exercice de la profession de dentiste dans le Royaume-Uni, a été promulguée en juillet 1878. — Elle institue un « registre des dentistes » (analogue au « registre des médecins ») sur lequel sont inscrites, par ordre alphabétique, les personnes autorisées à pratiquer l'art dentaire ; et elle règle les conditions de l'inscription sur ce registre.

Il est interdit à toute personne qui n'est pas « enregistrée » suivant les dispositions de cette loi, de se servir du titre de « dentiste » (soit seul soit en combinaison avec un ou plusieurs mots), ou du titre de « dental practitioner » ou de tout autre nom, titre, addition ou description laissant supposer qu'elle est enregistrée conformément à la loi, ou qu'elle est qualifiée pour exercer l'art dentaire.

Toute personne qui viole cette loi est passible d'une amende n'excédant pas vingt livres sterling.

Les personnes légalement autorisées à exercer la médecine ont le droit de pratiquer toutes les opérations dentaires et de donner tous les soins ou conseils relatifs aux maladies des dents.

Pour être enregistré comme dentiste, il faut :

Etre Licencié en Chirurgie Dentaire d'une des « Autorités médicales » ;

Ou avoir qualité pour être enregistré à titre de dentiste colonial ou étranger, c'est-à-dire posséder un certificat, diplôme, titre ou autre document émanant d'une possession anglaise ou d'un pays étranger, qui puisse être accepté par le « comité général chargé de l'instruction médicale et de l'enregistrement des médecins dans le Royaume-Uni »

Digitized by Google

(*General council of medical education and registration in the United Kingdom*).

Un très petit nombre de certificats ou diplômes dentaires étrangers est accepté par le comité général. Un seul diplôme américain, celui de D. D. S. de l'Université Harvard (Boston), a joui de cette faveur, et encore cette exception est-elle supprimée depuis plusieurs années.

Le titre de licencié en chirurgie dentaire est conféré après examen « par les autorités médicales » aux personnes désirant exercer l'art dentaire.

Ces « autorités médicales » sont les corps, associations et universités auxquels la loi médicale confère le soin de choisir les membres du « comité général » chargé de l'instruction médicale et de l'enregistrement des médecins. Parmi les « autorités médicales » du Royaume-Uni, quatre ont organisé des examens pour les dentistes ; ce sont :

Le Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre.

Le Collège Royal des Chirurgiens d'Edimbourg.

La Faculté des Médecins et Chirurgiens de Glasgow.

Le Collège Royal des Chirurgiens d'Irlande.

Ces autorités organisent pour les « examens de chirurgie dentaire et dentisterie » un « comité d'examinateurs » d'au moins six membres, dont la moitié au minimum doivent être enregistrés conformément à la loi.

Les conditions d'admission, les certificats et les études requises, ainsi que le programme des examens, sont soumis à l'autorité du comité général de l'Instruction médicale. Ce comité général a le droit de révoquer les membres du comité d'examen, qui dans ce cas peuvent porter appel devant le Conseil Privé de la Reine.

On trouvera ci-après les règlements relatifs à l'examen qui doit être subi devant le Collège Royal des chirurgiens d'Angleterre, pour l'obtention du diplôme de Licencié en Chirurgie dentaire (*Licenciate of Dental Surgery of England*) (L. D. S. E.).

Digitized by Google

EXAMEN DE LICENCE EN CHIRURGIE DENTAIRE.

Le candidat au diplôme de « licencié en chirurgie dentaire d'Angleterre » (L.D. S.E.) doit justifier d'une instruction générale au moins égale à celle dont le programme suit :

a) Anglais : grammaire et composition. (La connaissance de la sténographie assure au candidat des points supplémentaires.)

b) Latin : grammaire, traduction d'auteurs indiqués par le candidat, traduction de passages faciles d'autres auteurs.

c) Mathématiques : arithmétique, algèbre jusqu'aux équations simples, géométrie (trois premiers livres avec théorèmes faciles).

d) Une des matières suivantes à choisir : Grec, Français, Allemand, Italien, ou une autre langue moderne (1).

Trois examens sont requis pour l'obtention du diplôme :

I. — L'examen d'études scientifiques préliminaires.

II. — Le premier examen professionnel.

III. — Le second examen professionnel.

I. — *Examen d'études scientifiques préliminaires.*

Pour être admis à passer cet examen le candidat doit produire un certificat prouvant qu'il a suivi, dans une institution reconnue, des cours de chimie théorique, chimie pratique et physique.

L'examen porte sur ces trois matières.

II. — *Premier examen professionnel.*

Pour être admis à le subir, le candidat doit produire des certificats constatant :

1° Qu'il a consacré une période d'au moins trois ans, à se familiariser avec les détails pratiques de la mécanique dentaire, dans le laboratoire d'un praticien compétent, ou sous la direction du chef de la section de prothèse d'un

(1) Le même programme est exigé des étudiants en médecine. Il a été établi par le Comité général de l'Instruction médicale.

Digitized by Google

hôpital dentaire reconnu. Dans le cas de chirurgiens qualifiés, une période de deux ans, au lieu de trois, sera considérée comme suffisante ;

2° Qu'il a été inscrit (*registered*) comme étudiant dentiste par le Comité général de l'Instruction médicale ;

3° Qu'il a suivi, dans une école dentaire reconnue :

Des cours théoriques sur la métallurgie dentaire.

Des cours pratiques sur la métallurgie dentaire.

Des cours théoriques de prothèse dentaire.

Des cours pratiques de prothèse dentaire, y compris la fabrication et l'ajustement de six appareils et de six couronnes.

Les candidats peuvent se présenter pour ce premier examen professionnel, après six mois de présence dans une école dentaire reconnue.

Cet examen porte sur la mécanique et la métallurgie dentaires. L'examen de métallurgie dentaire est un examen écrit.

III. — *Second examen professionnel.*

Pour l'admission à cet examen, le candidat doit produire des certificats constatant :

1° Qu'il a consacré une période d'au moins quatre ans aux études dentaires, à partir du jour de son inscription (*registration*) comme étudiant dentiste ;

2° Qu'il a suivi dans une école dentaire reconnue :

Un cours d'anatomie et physiologie dentaires.

Un cours d'histologie dentaire comprenant la préparation de coupes pour le microscope.

Un cours de chirurgie dentaire.

Un cours pratique de chirurgie dentaire.

Une série d'au moins cinq conférences sur la chirurgie de la bouche, soit dans une école dentaire, soit dans une école médicale reconnue ;

3° Qu'il a pratiqué, pendant deux ans, la chirurgie dentaire dans un hôpital dentaire reconnu, ou dans le service dentaire d'un hôpital général ;

4° Qu'il a suivi dans une école de médecine reconnue :

Un cours d'anatomie.

Digitized by Google

Un cours de physiologie.
Des travaux pratiques de physiologie.
Une série de conférences sur la médecine.
Une série de conférences sur la chirurgie.

Qu'il a disséqué pendant au moins douze mois dans une école de médecine reconnue ;

Qu'il a été attaché au service de chirurgie et a assisté aux conférences cliniques de chirurgie, dans un hôpital reconnu, pendant deux sessions d'hiver ;

Qu'il est âgé d'au moins 21 ans.

Les certificats devront mentionner que les instructeurs ont été satisfaits des études de leurs élèves.

Les candidats peuvent se présenter au second examen professionnel après quatre ans d'études professionnelles à partir du jour de leur inscription comme étudiants dentistes, et six mois au moins, après la date à laquelle ils ont passé le premier examen professionnel.

Ce second examen professionnel porte sur :
l'anatomie générale et la physiologie,
la chirurgie et la pathologie générales,
l'anatomie et la physiologie dentaires,
la chirurgie dentaire pratique.

Cet examen se compose d'une partie écrite, d'une partie orale et d'une partie pratique.

Pour la partie pratique, le candidat peut être examiné :

a) sur le traitement des caries dentaires ; il peut être requis de préparer et d'obturer plusieurs cavités, ou de faire une opération quelconque de chirurgie dentaire ;

b) sur le traitement mécanique et chirurgical des différentes irrégularités de la dentition des enfants ;

Les conditions d'admission et les programmes des examens des autres jurys (Edimbourg, Glasgow, Irlande) ne diffèrent que par quelques détails de ceux du Collège royal des Chirurgiens d'Angleterre.

Digitized by Google

COMPTES RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

SÉANCE DU 17 JUILLET 1899.

Présidence de M. Cruet.

LECTURE DU PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal est lu et adopté.

LECTURE DE LA CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Des lettres de candidature des Drs : Pernot, Mainguy, Nuyts, Fl. Aguilar (de Madrid).

RAPPORT DE LA COMMISSION DES CANDIDATURES.

Les Drs Petit et Faré sont nommés à l'unanimité membres de la Société de Stomatologie.

Discussion de la candidature de M. le Dr Nicolescu, médecin de la Faculté de Bucharest.

M. Cruet démontre l'équivalence des titres exigés en Roumanie et en France pour le diplôme de docteur en médecine.

Les membres présents reconnaissant le bien fondé de ces arguments nomment à l'unanimité le Dr Nicolescu membre titulaire de la Société de Stomatologie.

Le Dr Nicolescu adresse ses remerciements à la Société et en particulier à M. le Dr Cruet.

Le Président remercie le Dr Nicolescu des paroles qu'il a prononcées.

Digitized by Google

Dr Barthélemy. — **Coup d'œil sur les glossopathies, sur quelques-unes de leurs formes chroniques, notamment de la leucoplasie** (1).

Discussion. — M. Cruet, au double titre d'ami et de président de la Société, remercie le Dr Barthélemy de son intéressante communication. Comme président de la Société, il est surtout heureux de constater qu'un médecin de la valeur de son confrère veuille bien porter intérêt aux questions de stomatologie, et venir faire, une fois de plus, la démonstration des liens étroits qui rattachent les affections buccales à la médecine générale.

M. Chompret a eu l'occasion d'observer deux cas de leucokératose analogues à ceux décrits par M. Barthélemy et que M. le Professeur Fournier considérait comme des lésions purement syphilitiques.

M. Barthélemy explique que ces lésions peuvent rester longtemps méconnues dans leur nature, car elles surviennent chez des sujets n'ayant jamais présenté d'accidents syphilitiques : ce sont là des phénomènes para-syphilitiques. De plus chez la femme il arrive souvent qu'on n'observe pas ces lésions syphilitiques, car chez elle la syphilis, et j'entends surtout la syphilis gagnée par la conception, évolue d'une façon latente.

M. Chompret. Dans certains cas, les leucomes cités par M. Barthélemy n'étaient pas syphilitiques.

M. Barthélemy. La syphilis se manifeste par deux ordres de lésions : stigmates héréditaires et lésions de la syphilis acquise. Les lésions syphilitiques doublées sont en réalité très rares. La syphilis héréditaire des enfants provoque un certain nombre de dystrophies (lésions oculaires, osseuses, ovariennes, etc...) Ces lésions syphilitiques locales n'empêchent pas absolument une syphilis nouvelle de se produire.

M. Cruet. La communication de M. Barthélemy très documentée et embrassant d'un coup d'œil d'ensemble toutes les variétés de leucoplasies, est de nature à susciter des discussions d'un très grand intérêt pour nous, car les leucoplasies buccales appartiennent à notre spécialité.

Dans les observations que rapporte M. Barthélemy nous voyons certains individus atteints de leucoplasie devenir syphilitiques, et dans d'autres cas des sujets syphilitiques présenter tardivement de la leucoplasie. Peut-on dire que la sy-

(1) Voir cette communication *in extenso* dans le numéro de septembre.

Digitized by Google

philis, même dans ce dernier cas, avait déterminé la leucoplasie, et que la leucoplasie était réellement syphilitique ?

La syphilis peut prédisposer à la leucoplasie, c'est tout ce qu'on peut dire, mais on n'est pas pour cela autorisé à énoncer que la leucoplasie est toujours syphilitique.

Dans d'autres cas, certaines leucoplasies se transforment en épithéliomas : pourquoi ? on peut aussi bien dire que l'individu qui présente des plaques blanches sur la langue est prédisposé au cancer et que la leucoplasie est une affection de nature cancéreuse.

Nous ne pouvons donc pas, je crois, faire de la leucoplasie une maladie bien déterminée ni liée surtout à une autre maladie déterminée. C'est une affection simple, particulière, peut-être même plus identique à elle-même que nous ne croyons, dont nous ne connaissons pas la nature et qui peut favoriser l'éclosion du cancer, de la tuberculose, de la syphilis, etc... ce n'est d'ailleurs là qu'une hypothèse que nous formulons.

ÉLECTION D'UN SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

M. Cruet. J'ai reçu de M. Ferrier une lettre dans laquelle le secrétaire général invoquant des occupations multiples prie la Société d'accepter sa démission. Bien que connaissant sa résolution arrêtée, je dois à mes sympathies de prier M. Ferrier de revenir sur cette décision.

M. Ferrier. Les motifs donnés dans ma lettre sont irrévocables : je maintiens ma démission.

M. Cruet. La Société regrette d'être obligée d'accepter cette démission, étant donnés les services rendus par le secrétaire général à la Société de stomatologie et qu'il aurait pu rendre encore longtemps. Mais la Société comprend les motifs de son ancien secrétaire général qui veut se vouer tout entier à son nouveau labeur comme secrétaire général de la section de stomatologie du Congrès international de Médecine.

Nous remettrons la nomination du nouveau secrétaire au mois d'octobre prochain.

Digitized by Google

Dr Gires. — Un cas de résorption de deux racines d'une seconde molaire supérieure vivante chez un adulte (1).

M. Sauvez rapporte une observation personnelle qu'il rapproche de celle de M. Gires.

Ayant pratiqué sur un garçon de 18 ans l'extraction d'une dent cariée, il remarque que celle-ci présentait 3 racines qui au premier abord semblaient cassées. Après un examen minutieux, M. Sauvez constata que les racines de cette dent n'avaient jamais fait leur évolution, à la suite d'une carie perforante infectée. C'est là un cas un peu différent de celui cité par M. Gires, mais que l'on peut en rapprocher. Ce qui est curieux dans l'observation de M. Gires, c'est le mode de résorption des racines, M. Sauvez n'a jamais eu à observer que des pseudo-résorptions, et des résorptions avec croûte osseuse.

M. Cruet demande à M. Gires s'il a enlevé en totalité les nerfs de cette dent qu'il considérait comme vivante.

M. Gires. Les nerfs enlevés avaient la longueur du moignon.

M. Cruet considère l'observation de M. Gires comme presque unique en son genre. M. Sauvez nous a parlé d'un cas particulier dans lequel la résorption débutant par l'extrémité des racines avait amené la résorption de la dentine sur une dent depuis longtemps infectée et atteinte de périostite chronique : des cas analogues ne sont pas rares. M. Cruet remarque dans les pièces montrées par M. Gires que la résorption des racines est très irrégulière : il pense que les deux racines ont été cassées.

M. Gires. Si on examine attentivement la pièce, on reconnaîtra facilement les caractères de la résorption, surtout si on compare la surface résorbée avec le petit éclat lisse que je faisais remarquer tout à l'heure.

M. Pitsch. Il m'avait d'abord semblé que les racines de la dent présentée par M. Gires avaient été cassées, mais, après les avoir regardées attentivement et à la loupe, je leur trouve l'aspect granulé de racines résorbées, et non l'aspect net et brillant d'une cassure. Pour moi, il n'y a pas de doute, les racines sont résorbées.

(1) Voir *Recueil de faits et observations*, page 328.

Digitized by Google

M. GAILLARD. Il y a des cas de résorption dans lesquels la pulpe reste intacte. Chez un sujet qu'il a eu l'occasion de soigner, M. Gaillard a observé la résorption de toutes les dents, les pulpes restant vivantes.

Quant aux phénomènes de résorption dus à la pression exercée par une dent de sagesse voisine, M. Gaillard ne les admet pas. Pour lui la dent permanente ne produit de résorption que sur les dents temporaires. Ce qui étonne M. Gaillard dans l'observation de M. Gires, c'est que la résorption (car c'est bien de la résorption) n'ait porté que sur deux des racines au lieu des trois.

M. CHOMPRET rappelle le cas d'une femme de 30 ans neuro-arthritique qui a vu tomber toutes ses dents dont les racines étaient résorbées : il n'y avait pas eu de suppuration.

M. CRUET fait observer que tous les cas dont viennent de parler ses collègues n'ont que peu de rapports avec celui de M. Gires.

M. AMOEDO annonce pour le mois d'octobre une communication sur *la résorption des dents vivantes*.

Dr Ch. LUCIUS.

La séance est levée à 11 heures.

Digitized by Google

CONGRÈS

PREMIER CONGRÈS ODONTOLOGIQUE ESPAGNOL (1).

Le Congrès odontologique espagnol a eu lieu à Barcelone les 24, 25, 26, 27 et 28 septembre sous le patronage du Cercle odontologique de Catalogne.

Le comité d'organisation était composé de MM. J. Xifra, président ; Ramon Bofill, vice-président et chef de clinique ; Jose Meifrien fils, trésorier ; Jose Boniquet, Salvador Calpe, Ricardo Costa, Amaro Pedra, membres ; Ramon Pons, secrétaire général ; Jose Alcantara, secrétaire-adjoint.

A la réunion préparatoire, tenue dans la soirée du 23 au Cercle odontologique de Catalogne, le président M. Xifra, dans un discours très applaudi, souhaite la bienvenue aux congressistes. MM. Amoedo, délégué de la Société odontotechnique de France, Ramon Portuondo, président de la Société odontologique espagnole, Paul Gires, représentant la *Revue de Stomatologie* et M. Aguilar, directeur de la *Odontologia*, prennent ensuite la parole, et souhaitent un plein succès au Congrès qui va s'ouvrir.

La réunion inaugurale a lieu le lendemain 24 septembre dans le vaste « salon doctoral » de l'Université de Barcelone sous la présidence du gouverneur civil D. Eduardo Escartin.

Aux côtés du Gouverneur sont le Dr Robert, alcade de Barcelone, le Dr Giné y Partagas, doyen de la Faculté de médecine, le président de la députation provinciale de Barcelone, les délégués de l'Académie de médecine, du collège des Pharmaciens, de la Société odontologique espagnole, et MM. Xifra, Pons, Amoedo, Aguilar, Gires et Beltrami.

Après le rapport du Secrétaire général, le président du Congrès, M. Xifra, retrace l'histoire de la profession den-

(1) Près de la salle de réunion étaient des expositions d'instruments de la *Compania Dental Espanola* et de la maison Roch de Marseille.

Digitized by Google

taire en Espagne, constate les progrès qui restent à faire, et réclame l'appui du gouverneur, du doyen de la Faculté de médecine et de tous les assistants, pour la fondation d'un enseignement dentaire. Le Dr Robert et le Dr Giné souhaitent aux dentistes espagnols de réussir dans leur entreprise d'élever le niveau de leur profession, et promettent leur appui.

Puis M. Fl. Aguilar lit le rapport de la commission des prix donnés pour les travaux sur les questions suivantes :

1° *Un anesthésique local efficace et inoffensif* (Prix : 1.000 pesetas donné par M. Fl. Aguilar, accordé à M. E. Toiran).

2° *Travaux à pont* avec présentation d'appareils (prix offert par la maison Roch de Marseille, obtenu par M. Luis Subirana).

3° *Livre ou mémoire inédit en espagnol, sujet choisi par l'auteur*. Six concurrents, prix obtenu par M. O. Amoedo pour son travail intitulé *Anatomie dentaire*. Accessits : MM. Amoedo pour son mémoire sur les *Travaux à pont* ; et M. Pons pour son travail sur l'*Anesthésie en chirurgie dentaire*.

Les autres prix sont obtenus par MM. Pons, inventeur d'un *vulcanisateur* ; Boniquet, auteur d'un travail sur la *Carie dentaire* ; Denamiel et Pedra pour leurs rapports sur l'*Influence des sociétés, sur les progrès de la profession dentaire*, et L. Subirana, auteur d'un article intitulé : *Influence de la presse sur la culture professionnelle*. Des accessits sont obtenus par MM. Pedro Carol et Fernandez.

Le lundi 24 septembre, la partie scientifique du Congrès commence au palais des beaux-arts.

Par acclamations sont élus : président du Congrès, M. Xifra ; présidents des séances : MM. Portuondo, Amoedo, Boniquet, Gires, Aguilar, Beltrami ; secrétaires : MM. Pons, Subirana, Meifren.

Plusieurs communications intéressantes ont été lues pendant la durée de ce congrès, et de nombreuses démonstrations instructives ont été faites. Plutôt que de rendre compte jour par jour des travaux des congressistes, il semble préférable de passer en revue d'abord les

Digitized by Google

communications, puis les démonstrations, en signalant ce qui a été le plus digne de remarque :

M. Losada (D. D. S.) a lu à la première séance un travail très complet sur le *Traitement rationnel et pratique des dents mortes*. M. Losada donne dans ce travail de nombreux conseils pratiques. Il insiste surtout sur la nécessité d'agir très antiseptiquement, de bien isoler la dent du contact des liquides de la bouche, et d'obtenir pour le traitement des canaux radiculaires, un accès facile, afin d'en pouvoir faire un nettoyage et une désinfection complets. Il conseille pour l'obturation des racines d'y placer un petit cône de cire vierge et d'y enfoncer ensuite un fil de métal chaud, qui fondra la cire, et la fera se répandre dans les plus petits sillons ou anfractuosités du canal ; le fil de métal sera laissé en place.

Deux communications ont été faites sur la *Pyorrhée alvéolaire*, la première par M. R. Portuondo (D. D. S.), la seconde par le Dr A. Damians qui lui conserve le nom de *Périodontite expulsive*. M. Portuando après une courte étude de la pathologie et de l'étiologie de cette affection s'occupe longuement de son traitement. Il faut, dit-il, faire un nettoyage absolument complet, et aller chercher le tartre sous la gencive, aussi loin qu'il est nécessaire. Ce n'est qu'après cela que l'acide sulfurique donnera des résultats.

La communication du Dr Damians est une revue de la périodontite expulsive. Il cite un grand nombre des travaux faits sur ce sujet, de Fauchart à Magitot et à Rhein. Il traite longuement de l'étiologie et de l'anatomie pathologique, et parle des différents traitements préconisés.

Un grand nombre de congressistes prennent part à la discussion de ces travaux. Plusieurs doutent de l'efficacité des traitements signalés, et disent n'avoir jamais obtenu de bons résultats. M. Amoedo dit, qu'il est persuadé que Bonwill a raison d'attribuer la cause de la pyorrhée alvéolaire à une mauvaise articulation des dents. M. Gires donne quelques indications bibliographiques ; il cite l'ouvrage récent du Dr Talbot de Chicago qui appelle cette affection : « *Gingivite interstitielle* ». Il parle du traite-

Digitized by Google

ment de Younger de San-Francisco, qui emploie l'acide lactique après un nettoyage soigneux, et du traitement de Cruet qui détruit les pochettes pyorrhéiques au thermocautère. Il pense avec Rhein, Kirk et Younger que la partie la plus importante du traitement est l'enlèvement du tartre.

Un rapport de M. J. Otoala sur un *Un cas de Médecine légale*, montre quel intérêt il y a à prendre note des opérations que l'on a faites à ses malades.

Parmi les autres communications il faut citer : *Les appareils à succion* par M. Beltrami de Marseille ; les *Gingivites infectieuses* par M. Tirso Perez ; *Couronnes d'Aluminium* de M. R. Pons ; *Prophylaxie de la carie dentaire* de M. J. Xifra, et surtout les deux communications sur les *Travaux à pont* (avec présentation de modèles), l'une de M. L. Subirana, l'autre de M. Amoedo. La première est la description minutieuse d'une série de *ponts* de différentes sortes faits sur un modèle dont toutes les dents ont été coupées. Un de ces ponts, imaginé par l'auteur lui-même, et qui, à notre avis, a le défaut de s'appliquer directement sur la gencive, est un véritable objet d'art. Le mémoire de M. Amoedo est un traité complet du travail à pont, un manuel où l'étudiant dentiste pourra apprendre l'a, b, c, de cette prothèse, mais un manuel mis au point d'après les dernières inventions, et où le praticien expérimenté pourrait trouver d'utiles renseignements.

Parmi les démonstrations et cliniques, beaucoup ont été très instructives : les aurifications à l'or adhésif et à l'or de Genève, faites de main de maître par MM. Aguilar et Portuondo ; les dents à pivot, les couronnes de Richmond et de Logan préparées si artistiquement par M. L. Subirana, etc.

MM. Amoedo et Trallero ont fait chacun une clinique sur le *traitement des dents mortes en une seule séance* : le premier emploie le traitement humide et se sert comme liquide antiseptique du cyanure de mercure. Le second emploie le traitement sec, isolant la dent à l'aide de la digue de caoutchouc. Après un nettoyage complet de la cavité de carie et des canaux, il y envoie un courant d'air chaud ; il place ensuite dans les canaux un fil de platine qu'il fait

Digitized by Google

rougir à l'aide d'une pile au bicromate (c'est l'aiguille de Saladin rendue plus pratique). M. Trallero se sert pour obtenir son courant d'air chaud, d'un appareil ingénieux qu'il a imaginé, et qui se compose d'une canule en verre reliée à une soufflerie et contenant un galvanocautère.

Dans une clinique sur l'*implantation*, le Dr Boniquet, après avoir décrit la technique de l'opération, présente des malades dont les implantations durent depuis plusieurs années. La radiographie d'une implantation faite il y a cinq ans, prouve qu'il ne s'est pas produit de résorption.

M. H. Heddy fait une très intéressante démonstration sur *la préparation des cavités* et surtout des cavités interstitielles.

M. Losada pratique sur deux malades l'*anesthésie et l'extraction immédiate d'une pulpe vivante*. Après un nettoyage superficiel de la cavité, un coton imbibé d'une solution alcoolique de chlorhydrate d'eucaïne à 50 0/0 y est appliqué, puis pressé lentement avec un morceau de caoutchouc non vulcanisé. Au bout d'un temps très court, l'anesthésie est obtenue.

En somme, le 1er Congrès odontologique espagnol a été très intéressant et fait bien augurer de l'avenir de la profession dentaire en Espagne. Les dentistes espagnols s'occupent beaucoup en ce moment de la réforme de leur loi dentaire et de l'organisation d'un enseignement professionnel. Ils semblent vouloir organiser cet enseignement sur une base scientifique et médicale. Souhaitons-leur un plein succès dans leur entreprise.

Nous ne pouvons terminer ce compte rendu sans rendre hommage à l'activité du président et du comité d'organisation du Congrès et au dévouement des membres de la presse professionnelle : la *Moderna Estomatologia* qui a si bien secondé les organisateurs, et *La Odontologia* qui, pendant la durée du Congrès, a publié chaque jour un numéro.

Nous voulons aussi remercier nos confrères Espagnols de l'excellente réception et du cordial accueil qu'ils nous ont faits pendant notre séjour en Espagne.

P. G.

Digitized by Google

EXTRAITS ET TRADUCTIONS

Méningite et phlegmon de l'orbite dus à une polysinusite d'origine dentaire.

MM. H. Caubet et A. Druault, internes des hôpitaux, rapportent l'observation d'une malade qu'ils ont pu suivre depuis le début de son affection jusqu'à la table d'autopsie : Une sinusite maxillaire,sans doute très ancienne, a déterminé brusquement une méningite et un phlegmon orbitaire qui se sont terminés en quelques jours par la mort. Le sinus maxillaire a très vraisemblablement été le premier atteint. En effet, la première grosse molaire était profondément cariée et le rebord alvéolaire était manifestement altéré, puisqu'on pouvait facilement le traverser avec la pointe d'un instrument pour pénétrer dans le sinus. Les lésions se sont étendues ensuite aux cellules ethmoïdales et au sinus sphénoïdal, soit par propagation de proche en proche à la surface des muqueuses des sinus et de la cavité nasale dans l'intervalle de leurs orifices, soit à travers les cloisons osseuses qui séparent ces différentes cavités. La propagation aux méninges s'était faite seulement du côté droit par une perforation médiane de la paroi antérieure de la selle turcique. L'orbite n'avait été envahi que secondairement aux méninges, sans doute par l'intermédiaire du point caverneux et de la veine ophtalmique.

(*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, XXV-8.)

De la tuberculose du maxillaire supérieur simulant un empyème de l'antre d'Highmore chez les enfants.

Les observations d'empyème de l'antre d'Highmore chez les nourrissons de 4 à 6 semaines doivent être sujettes à caution. Elles se présentent avec les signes suivants : abcès sous-orbitaires,tuméfaction du maxillaire supérieur,fistule au bas de la paupière inférieure et au rebord alvéolaire, écoulement du pus par la narine

On peut trouver aussi des sequestres et des fongosités. Or, dans l'empyème vrai, la muqueuse seule est malade, l'os est intact. De plus l'antre d'Highmore n'apparaît que vers l'âge de 4 mois et n'a à cette époque qu'un demi-millimètre de profondeur.

Digitized by Google

Un cas publié par Avelli qui a pu colorer les bacilles de Koch, dans le pus du maxillaire, montre que ces pseudo-empyèmes sont d'origine tuberculeuse.

(*Bulletin de Laryngologie.*)

Ankylose de la mâchoire inférieure, par M. Mikailoff.

Une fillette de 12 ans entre à l'hôpital Ste-Olga de Moscou pour contracture persistante de la mâchoire. La maladie a débuté 5 ans auparavant dans le cours d'une otite moyenne, suivie d'abcès péri-auriculaire, par une contracture successive des mâchoires, et qui s'est terminée par une ankylose complète. L'enfant parle d'une façon inintelligible ; la mâchoire supérieure est en prognathisme sur la mâchoire inférieure, ce qui laisse entre les incisives un espace suffisant pour l'introduction d'aliments. D'ailleurs l'alimentation est presque exclusivement liquide. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont presque complètement abolis.

On fait le brisement forcé de l'articulation ankylosée puis la dilatation systématique de la bouche avec le dilatateur de Roses. A la fin de ce traitement la dilatation de la bouche était de 2 cent. 1/2 ; l'alimentation pouvait se faire convenablement. Les suites de l'opération sont très simples et les résultats fonctionnels très satisfaisants.

(*Dictokaja Medicina.*)

Stomato-glossite herpétiforme antipyrinique, par le Dr Delobel (*Journal des sciences médicales de Lille*).

Les cas d'éruptions dues à l'antipyrine sont fréquents, mais l'observation présente tire son intérêt du siège particulier de l'éruption ; il s'agit d'une femme qui entre à l'hôpital pour un herpès buccal nerveux après l'absorption de 3 grammes d'antipyrine en 3 prises. Deux fois déjà auparavant, elle avait été atteinte de la même éruption au même endroit après avoir absorbé une fois 2 grammes, une autre fois 1 gramme de ce médicament. Guérison rapide. Quelque temps après cette femme étant venue consulter pour des névralgies, on lui donne, à son insu, 1 gramme d'antipyrine, et on assiste à une nouvelle poussée d'herpès buccal.

Les éruptions dues à l'antipyrine affectent les formes les plus diverses, érythémateuse, urticarienne, vésiculo-bulleuse, purpurique, gangréneuse. D'après M. Henri Fournier, les lieux d'élection sont par ordre de fréquence décroissante : les mains, les poignets, les avant-bras, les cuisses, le visage, le cou, les

Digitized by Google

organes génitaux et le tronc ; les localisations aux muqueuses sont plus rares. Selon ce dermatologiste, les femmes seraient plus que les hommes sujettes à ces accidents. La dose nécessaire pour provoquer l'éruption est très variable, ainsi que le temps écoulé entre l'ingestion du médicament et l'apparition des symptômes (5 minutes parfois). S'agit-il d'une insuffisance rénale, d'une congestion simple, d'une mise soudaine en activité de toxines jusque-là latentes, d'une auto-intoxication gastro-intestinale ? c'est ce qu'on ne peut encore décider. Les renseignements du malade, les récidives faciles sous l'influence de la même cause, facilitent le diagnostic.

Stérilisation constante des instruments.

Parmi les nombreux procédés de stérilisation actuellement à la disposition des praticiens, bien peu sont réellement pratiques. Le meilleur est celui qui consiste à plonger les instruments dans de l'eau maintenue en ébullition pendant un quart d'heure, mais il n'est pas applicable aux instruments tranchants dont il émousse le fil.

Lippincott recommande l'emploi d'une solution de formol à 20 p.100, dans laquelle on ajoute 3 p.100 de borax. Ainsi corrigé, le formol devient inoffensif pour l'acier. Les instruments peuvent y séjourner des mois sans altération en restant toujours prêts à être employés. Avant de s'en servir, on n'a qu'à les passer dans de l'eau stérilisée.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Cocaïne associée aux applications de nitrate d'argent en ophtalmologie.

Pour rendre moins douloureuses les applications de nitrate d'argent M. Saalfed conseille d'employer le *nitrate* de cocaïne à la place du *chlorhydrate*. Ce dernier sel forme avec le nitrate d'argent un précipité insoluble, ce qui n'a pas lieu avec le nitrate. (*Therapeutische Monatshefte.*)

L'iodoformogène.

C'est une combinaison d'iodoforme avec l'albumine, contenant des traces d'iode libre et d'iodures alcalins. Cette poudre d'un jaune clair, d'odeur très faible, qui n'est pas perçue à travers le pansement, présente encore l'avantage de ne pas se prendre en grumeaux, comme le fait l'iodoforme ; il est trois fois moins lourd que ce dernier, et il en faut bien moins pour saupoudrer une plaie, ce qui fait qu'il revient bien meilleur mar-

Digitized by Google

ché. M. Joffé a expérimenté ce nouvel antiseptique dans 25 cas (Ejenedelnik) de plaies traumatiques, d'ulcérations tuberculeuses, de bubons, etc., et a toujours obtenu des résultats très satisfaisants. Aussi recommande-t-il l'iodoformogène de préférence à l'iodoforme, sur lequel il a les avantages que nous avons énumérés plus haut ; *a priori*, son action doit être plus stable que celle de l'iodoforme, parce que, en se décomposant, il met continuellement en liberté l'iodoforme. Avec l'iodoformogène, on court moins le risque de voir se produire un eczéma ou une intoxication, en raison de la quantité trois fois moindre de poudre qu'il faut, grâce à son poids spécifique faible.

(*Médecine moderne.*)

L'hygiène de la bouche chez les nègres d'Afrique.

Après chaque repas, après avoir fumé, les nègres se rincent la bouche et se nettoient les dents. En marche, ils évitent de boire, ils se rincent seulement la bouche pour se rafraîchir les muqueuses et les débarrasser des poussières du chemin qui pourraient s'y être attachées.

Ils ont un soin particulier de l'émail de leurs dents : ils se servent d'un petit bâton de dix à quinze centimètres de longueur, nommé *sétion* au Sénégal et au Soudan et dont le nom change suivant les régions où il est employé.

Ce petit bâton de la grosseur d'un porte-plume moyen est coupé dans le jeune rameau d'un arbuste généralement de la famille des amentacées qui varie avec les contrées et qui est toujours un bois tendre sans moelle centrale.

Pour nettoyer et polir leurs dents ils en mâchent l'extrémité et, tout en marchant, tout en travaillant (oh combien peu !). tout en vaquant à leurs affaires, ils le passent légèrement, en l'humectant, avec leur salive sur leurs dents et sur les gencives qui les premières sont toujours blanches et les autres toujours roses.

Dans les villages, surtout au Sénégal et au Soudan, on voit les mères, sur le seuil de leurs cases ou à l'ombre d'un boabab gigantesque frotter avec un sétion les dents et les gencives de leurs jeunes enfants.

Il serait à souhaiter que les mères européennes usassent du même procédé pour entretenir la propreté de la bouche des leurs.

Quel que soit le nom qu'on lui donne le *sétion* est d'un usage général dans toute l'Afrique. (H. Chastrey, *Journal d'hygiène*, n° 1202.)

Digitized by Google

ANALYSES

Tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu. Les adresser au secrétaire de la Rédaction.

Gingivite interstitielle, ou pyorrhée alvéolaire, gr. in-8° de 192 pages et 73 photogravures (S.S. White Dent. Man. C°, Philadelphie, 1899), par Eugène S. Talbot de Chicago.

Dans ce volume l'auteur nous donne un aperçu de l'état actuel de la question si controversée de la pyorrhée alvéolaire. C'est presque une revue critique avec expérimentation des différentes théories avancées jusqu'à ce jour, pour élucider cette obscure question étiologique.

Dans une première partie M. Talbot après avoir considéré l'historique de la question, passe en revue l'anatomie et l'étiologie des tissus qui sont atteints par cette lésion.

Il considère les maxillaires, l'alvéole, le périoste, la membrane péridentaire, la gencive, les dents comme des tissus transitoires.

Les dents sont de structure temporaire, destinées à être rejetées à des périodes variables, les dents temporaires à la puberté, les dents permanentes avec la période sénile. Cette dernière, dépendant surtout de l'individu et non de l'âge, elle varie avec la constitution du patient. Par suite de tare congénitale ou par maladie, dans certains cas de dégénérescence (précocité par exemple) la sénilité avec résorption du rebord alvéolaire peut débuter à vingt ans. L'alvéole, les gencives, le périoste, la membrane péridentaire, les vaisseaux sanguins, les nerfs, se développent ou subissent une régression pour s'adapter aux deux séries de dents temporaires et permanentes. Les tissus sont donc des tissus transitoires et ces tissus sont beaucoup plus aptes à être affectés par une maladie que ceux permanents comme types et persistant comme fonction. Pour M. Talbot, c'est là une cause très importante de l'affection qu'il décrit.

Dans une seconde partie, l'auteur passe en revue, les différentes théories avancées : Pierce et Kirk de Philadelphie ont soutenu que l'acide urique déposé sur les racines des dents sous

Digitized by Google

forme de tartre, est une cause fréquente de pyorrhée. M. Talbot a fait analyser par différents chimistes, le tartre rencontré sur la racine de 950 dents, au point de vue de la présence de l'acide urique, 5 à 6 0/0 des cas seulement ont donné un résultat positif aux examens chimique et microscopique.

La présence des sels calcaires est pour lui la résultante d'une lésion inflammatoire locale et non la cause au point de vue de la théorie microbienne spécifique.

M. Talbot a fait examiner par plusieurs bactériologistes, du pus provenant de cas de pyorrhée, ils n'ont pas trouvé le microbe de Galippe.

46 chiens ont été inoculés par une plaie, formée en détachant la gencive de la dent, jusqu'au rebord alvéolaire, avec du pus provenant de pyorrhée canine. 39 furent guéris en 8 jours ; 4 présentèrent une mâchoire inflammatoire et un peu de suppuration, et 3 autres une infection plus forte, mais étaient guéris au bout d'un mois.

M. Talbot a examiné les chiens à la fourrière de Chicago et a trouvé les proportions suivantes : 25 0/0 entre 1 et 4 ans avaient la pyorrhée ; 75 0/0 entre 4 et 8 ans ; 95 0/0 après 12 ans.

L'influence des agents toxiques (mercure, iodure et bromure de potassium) agit constitutionnellement en influençant les centres nerveux ; les effets locaux sont une conséquence secondaire ; de même que les troubles trophiques de la cavité buccale dans la paralysie générale et le tabès.

En somme, M. Talbot nous a donné sous le titre de gingivite interstitielle, titre sujet à discussions, un ouvrage des plus intéressants qui, s'il n'éclaircit pas le mystère étiologique de cette affection, n'en fera pas moins autorité en la matière.

C'est un livre admirablement édité avec une profusion de superbes photogravures et digne de figurer en première ligne dans la bibliothèque de tout stomatologiste. A. H.

Des ligatures artérielles dans le traitement du cancer de la langue, par le Dr H. Duvoisin.

La thèse de M. le Dr Duvoisin nous transporte dans la haute chirurgie stomatologique et nous voyons avec plaisir un collègue prouver par son exemple que rien ne doit nous être étranger de ce qui concerne la région buccale.

Le sujet qu'aborde M. Duvoisin a fait plus d'une fois l'objet des préoccupations des chirurgiens, mais la méthode des ligatures préalables d'importantes branches artérielles, surtout dans

Digitized by Google

la région faciale, n'a pas fait grand chemin, croyons-nous, dans la pratique ; et bien que l'auteur se propose de la préconiser, il nous fournira peut-être par ses observations mêmes la justification de sa non-généralisation.

Avec M. Duvoisin, nous voyons que les deux principaux avantages qui résultent de cette méthode sont : en premier lieu d'opérer à blanc un cancer de la langue et ensuite de permettre la vérification très directe de l'état des ganglions. Accessoirement et comme conséquences de l'hémostase obtenue on peut assurer parfaitement la réunion par première intention de la plaie linguale ainsi qu'éviter l'opération de la trachéotomie préventive pratiquée parfois, pour éviter l'introduction du sang dans la trachée. Enfin, une dernière considération, plus ou moins appréciable, mais depuis longtemps poursuivie, serait le moyen d'obtenir un certain affaissement de la tumeur, à défaut de son atrophie, par arrêt de son irrigation sanguine.

Quant au choix des artères à lier, l'auteur conseille la ligature bilatérale des linguales et encore mieux celle des carotides externes afin d'assurer une hémostase plus complète et de ne point risquer de laisser passer inaperçue une adénopathie double. M. le Dr Duvoisin a, du reste, pris soin d'entrer à ce sujet dans des considérations anatomiques très précises et il a joint à son travail des planches très intéressantes dessinées d'après nature.

Malheureusement, comme nous le laissions entrevoir au début, les observations recueillies par M. Duvoisin ne semblent peut-être pas apporter un grand appui à ses conclusions, car nous y trouvons dans certains cas des complications d'hémorrhagies veineuses sinon redoutables, du moins préjudiciables, ainsi qu'un certain risque de lier ou léser un tronc nerveux important comme le pneumogastrique et enfin un danger de sphacèle non écarté dans l'une des observations au moins.

Par contre, nous pensons qu'il est bien des cas où une opération bien conduite selon les règles d'une minutieuse dissection et d'une rigoureuse asepsie, pourra éviter la nécessité d'une hémostase préventive.

Aussi croyons-nous que si la méthode des ligatures préalables pour opérer le cancer de la langue n'est point une opération à délaisser complètement, elle n'est peut-être pas non plus à ériger en règle générale et qu'il conviendrait d'en préciser le mieux possible les indications.

Toutefois, en outre du mérite très personnel qu'offre le travail de M. le Dr Duvoisin par son exposé de la question,

Digitized by Google

son argumentation et ses développements anatomiques, nous croyons qu'il aura encore celui de rappeler l'attention sur un procédé opératoire qu'il serait très désirable de voir perfectionner s'il ne s'appliquait à une affection aussi désespérante.

Dr Ch. Bouvet.

« **The treatment of Teeth during School life** », par S. Spokes M. R. C. S., L. D. S.

« *Le traitement des dents pendant la vie scolaire* », rapport proposé par le comité du congrès sanitaire d'Angleterre. M. S. Spokes, chargé de ce rapport, fait dans ses conclusions les propositions suivantes :

1° Que le traitement des dents soit obligatoire dans les Ecoles de pauvres (*Poor law Schools*) ;

2° Que dans les écoles publiques il soit d'abord facultatif pour devenir plus tard obligatoire ;

3° Que dans les pensions publiques ou privées, l'examen de la bouche soit obligatoire et que le résultat en soit communiqué aux parents ;

4° Que pour tous les écoliers, l'usage de la brosse à dents après le dernier repas de la journée, soit obligatoire.

NOUVELLES

Services dentaires hospitaliers.

Par arrêté en date du 12 octobre courant, M. le Directeur de l'Assistance publique vient de nommer trois nouveaux dentistes adjoints des hôpitaux : MM. les Drs Gourc, Chompret et Pitsch.

Nous adressons de sincères félicitations à nos confrères et amis.

Un second arrêté du même jour, crée une nouvelle circonscription dentaire, comprenant l'hôpital Boucicaut, la Maison de retraite des ménages et l'institution Sainte-Périne.

Un troisième arrêté crée, pour les services dentaires des quatre hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu, St-Louis, St-Antoine et Lariboisière, des *Assistants*, qui seront choisis parmi les Dentistes adjoints et devront aider et au besoin remplacer les chefs de service.

Digitized by Google

Cette mesure excellente était depuis longtemps réclamée par les Dentistes titulaires. Malheureusement elle ne donne qu'une satisfaction incomplète au vœu exprimé par la Société Médicale des Dentistes des hôpitaux dans une pétition adressée à M. le Directeur de l'Assistance publique (1).

Il ne nous convient pas d'ailleurs, pour le moment, d'apprécier les motifs qui ont guidé le choix de l'administration pour l'attribution des assistants à certains services, à l'exclusion d'autres peut-être aussi importants.

Services hospitaliers d'oto-rhino-laryngologie.

« Les deux services d'oto-rhino-laryngologie existant à l'hôpital Lariboisière et à l'hôpital St-Antoine sont distraits du roulement général des services de médecine et de chirurgie des hôpitaux. Ces deux services seront à l'avenir l'objet d'un roulement spécial. On acceptera comme remplaçant éventuel des chefs de service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière et de St-Antoine, tel médecin ou chirurgien des hôpitaux qui consentira à prendre officiellement et par écrit, un engagement définitif de spécialisation. »

Nous croyons savoir que M. P. Sebileau, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, a accepté les dites fonctions, et que sa nomination est aujourd'hui un fait acquis. On n'en saurait trop féliciter l'Assistance publique et la Faculté de médecine.

Voilà bien qui permet d'apprécier l'orientation de la pratique chirurgicale dans notre pays, et de juger des progrès accomplis par l'idée de la spécialisation. Rien, à cet égard, ne saurait être plus édifiant que de voir un chirurgien déjà mûri, quoique encore jeune, dans la chirurgie générale où il s'est fait depuis une dizaine d'années autant apprécier des élèves comme professeur, que des malades comme chirurgien, se cantonner en pleine activité de carrière, dans la chirurgie de la tête et du cou comprenant

(1) Le texte de cette pétition a été reproduit dans le dernier numéro de la *Revue de Stomatologie* (octobre).

Digitized by Google

la stomatologie, l'otologie, la rhinologie, etc..., chirurgie à laquelle semblaient, il est vrai, le préparer d'importants travaux antérieurs d'anatomie et de clinique. Cette création des services d'oto-rhino-laryngologie ne sera pas seulement profitable aux malades pour le bien desquels elle s'imposait ; elle sera encore du plus grand intérêt pour les élèves, qui y trouveront une source féconde d'enseignement. Il convient donc de féliciter grandement M. le Directeur de l'Assistance publique.

Après la pédiatrie, les voies urinaires et l'obstétrique naguère encore confondues avec le reste, voilà maintenant spécialisées, dans les services hospitaliers, l'ophtalmologie, la gynécologie, l'oto-rhino-laryngologie, et chaque hôpital contient sa consultation stomatologique. La Faculté suit à son tour la marche en avant, aidée par le Conseil municipal : on sait, en effet, que la création des chaires de gynécologie et de pédiatrie peut être considérée comme un fait accompli.

Ainsi, peu à peu, par la lente et sûre évolution des choses, le progrès s'impose à tout le monde et les vieux cadres se brisent ; cette spécialisation officielle d'un agrégé ne donne-t-elle pas une indication bien nette de l'orientation d'esprit et des tendances pédagogiques du corps enseignant de la Faculté de médecine ?

Personnellement, nous sommes heureux du choix que vient de faire M. le Directeur de l'Assistance publique, et nous félicitons vivement notre maître et ami, dont la collaboration à cette revue est si appréciée, de la décision qu'il a prise.

A la dernière séance (octobre) de la *Société de Stomatologie*, M. Chompret a été élu secrétaire général, en remplacement de M. J. Ferrier, démissionnaire. Tout en regrettant la démission de M. Ferrier, que ses occupations de secrétaire général du Congrès de Stomatologie empêchent de continuer ses fonctions, nous sommes heureux de l'élection de M. Chompret, qui apporte au bureau un élément jeune, et dont l'activité sera certainement profitable à la Société.

Digitized by Google

Hôpitaux de Paris. Concours de l'Internat. — La composition écrite a eu lieu lundi 16 octobre, le sujet était : Nerf maxillaire supérieur ; complications du diabète.

Les questions restées dans l'urne étaient : Muscles du voile du palais ; tétanos. Veines azygos et tronc de la veine cave supérieure ; abcès intra-crâniens.

324 candidats sur 520 inscrits ont remis des copies.

Deux sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvriront à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris pendant l'année scolaire 1899-1900 : la première le 6 novembre 1899 ; la seconde le 28 mai 1900.

La nouvelle Université de Londres comprend huit facultés ; la faculté de médecine et chirurgie comprendra une section dentaire.

NÉCROLOGIE.

Nous apprenons la mort du Dr W. G. A. Bonwill de Philadelphie. Tombé malade pendant le voyage, en se rendant à la réunion annuelle de l'American national Association, à Niagara Falls, il a succombé le 24 septembre à Philadelphie à une crise d'urémie.

Malgré son âge avancé cet homme infatigable travaillait encore, comme il l'avait fait toute sa vie, plus de quinze heures par jours. Les praticiens de Paris qui l'ont rencontré lors de son passage en France il y a deux ans, ou ceux qui, comme nous, l'ont vu travailler dans son cabinet ou son laboratoire à Philadelphie, ont pu juger de l'ardeur avec laquelle il essayait de communiquer à ses confrères son enthousiasme.

Il faudrait des pages pour citer les travaux et les inventions du Dr Bonwill. Sa splendide théorie, malheureusement trop peu connue, sur l'articulation des dents et son articulateur anatomique, n'en sont pas les moindres.

Sa mort est une perte pour la profession dentaire du monde entier.

Digitized by Google

Digitized by Google

Au-dessus de la table est affichée l'ordonnance royale autorisant l'exercice de la profession. Sur la table, remarquer le chapelet de dents enfilées, habituellement passé autour du cou, qui était l'attribut caractéristique du métier.

(Communiqué par le Dr A. Bloch.)

Digitized by Google

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

ADÉNITES ET LYMPHANGITES CERVICO-FACIALES EN RAPPORT AVEC LES INFLAMMATIONS SEPTIQUES DE LA CAVITÉ BUCCALE

PAR

le Dr de Grandmaison (1).

Quand, chez un enfant ou une personne encore jeune, on assiste au développement d'adénites sous-maxillaires ou cervicales ; quand on voit chez ces mêmes personnes le visage prendre un aspect qui rappelle celui de l'érysipèle blanc ou du myxœdème ; la première idée qui vient à l'esprit, c'est que le malade est un scrofuleux. La curiosité médicale paraît alors satisfaite et le thérapeute, après avoir prescrit de l'huile de foie de morue, déclare que tout s'arrangera avec le temps. Comme l'arthritisme, la scrofule a bon dos ; cependant les ganglions peuvent s'enflammer, suppurer longuement et laisser autour du cou des cicatrices indélébiles ; la cause de tous ces maux est toujours mystérieuse, ou du moins considérée comme telle. On admet très bien que les suppurations sont le fait d'infections secondaires, dues le plus souvent aux staphylocoques ; mais on se gardera bien de rechercher la voie suivie par l'infection.

Les choses ne sont pas heureusement toujours poussées aussi loin ; un seul ganglion, le plus souvent le ganglion rétro-maxillaire, s'hypertrophie, s'indure ; et bien que le malade n'ait pas les attributs de la scrofule, on le considère comme scrofuleux, en se basant sur le siège de l'adénopathie. La curiosité du médecin est satisfaite, il ne va pas plus loin et après avoir utilisé en vain les fa-

(1) Communication faite à la Société de Stomatologie.

Digitized by Google

meuses pommades résolutives, il arrive souvent à proposer l'ablation du ganglion malade, pour amener une guérison définitive.

Il me semble que, de nos jours où l'étiologie des maladies fait l'objet de nombreuses recherches, nous ne pouvons pas nous satisfaire d'explications aussi banales. Dans les deux observations qui vont suivre, j'ai eu l'occasion de voir deux malades, chez lesquelles un état très défectueux de la bouche paraît avoir engendré les accidents lymphangitiques, et la meilleure preuve, c'est qu'ils se sont améliorés par un nettoyage rigoureux de la mâchoire et de la cavité buccale.

Obs. n° 1. — *Adénite rétro-maxillaire droite due à une stomato-gingivite.*

8 *août.* — Clémentine B... 13 ans.

C'est une enfant robuste, bien taillée, qui n'a jamais été malade et dont le père et la mère sont en état de santé parfaite. Elle n'est pas encore réglée.

Il est impossible de rencontrer chez elle le moindre symptôme de scrofule. Elle a d'ailleurs été facilement élevée sans avoir jamais eu ni conjonctivite phlycténulaire, ni rhinite, ni otites suppurées, comme on les rencontre si souvent chez les scrofuleuses.

Depuis six mois cependant, cette enfant porte, à l'angle droit de la mâchoire, une tuméfaction arrondie, un peu rénitente, non douloureuse, qui occupe le ganglion rétro-maxillaire. Sur cette adénopathie la peau glisse facilement et n'a contracté aucune adhérence.

Ne pouvant attribuer à la scrofule la cause de cette adénite, j'ai cru devoir logiquement la rechercher dans l'état de la cavité buccale. J'apprends d'ailleurs avec stupéfaction que jamais les parents ne se sont occupés de faire soigner la bouche de l'enfant, qui est arrivée à 13 ans, sans savoir même se servir d'une brosse à dents. L'examen de la mâchoire est d'ailleurs des plus convaincants. Les gencives sont rouges, tuméfiées, enflammées, et il suffit de les presser avec le doigt au niveau du collet des dents, pour faire sourdre du pus des alvéoles dentaires ;

Digitized by Google

bien plus, dans toute la partie droite de la mâchoire inférieure, les gencives sont fongueuses, soulevées par des clapiers purulents tout particulièrement autour de la première grosse molaire définitive, qui est dans un état de carie avancée. A gauche, les gencives sont aussi très malades, de même qu'à toute la mâchoire supérieure, mais elles ne sont pas déchiquetées. J'ajouterai que l'haleine de la malade dégage une odeur horriblement fétide.

Persuadé que l'adénopathie reconnait pour cause cette stomatite, je prescris :

1° Quatre fois par jour, et plus particulièrement après chaque repas, faire un nettoyage sérieux des dents et des gencives avec une brosse à dents un peu dure et la poudre suivante :

Borate de soude . . . . . } ãã 50 gr.
Craie préparée. . . . . }

2° Se rincer ensuite la bouche avec 1/2 verre d'une solution d'acide phénique à 10 p. 1000.

3° Tous les soirs, faire sur l'adénite une onction avec un peu de la pommade suivante :

Iodure de potassium . . . . . 4 gr.
Lanoline . . . . . 20 gr.

Enfin il est convenu que l'enfant sera confiée, pour sa mâchoire, aux soins du Dr Lempert.

10 *août*. — Avant de conduire l'enfant chez le dentiste, je constate avec plaisir que, grâce aux soins qu'elle a consenti à prendre, son adénite a diminué presque de moitié ; le 8 août, elle avait les dimensions d'un œuf de poule, aujourd'hui elle est réduite à celles d'un œuf de pigeon. L'amélioration a d'ailleurs été nettement constatée par les parents de la petite malade. Je la mets entre les mains du Dr Lempert, qui constate comme moi l'état défectueux des gencives et des dents.

16 *septembre*. — Grâce aux soins intelligents de M. Lempert, grâce aussi aux précautions antiseptiques que j'avais prescrites, l'adénite a à peine les dimensions d'une petite noisette. L'haleine n'est plus fétide, les gencives sont en voie de guérison d'autant plus rapide que deux dents, dont la première grosse molaire inférieure droite,

Digitized by Google

ont été enlevées et que les autres ont été soigneusement traitées. A la pommade à l'iodure de potassium, je substitue la pommade suivante :

Iodure de plomb . . . . . 2 gr.
Lanoline . . . . . 20 »

26. — Je revois l'enfant une dernière fois avant qu'elle ne retourne en pension. L'adénite, réduite à des proportions minimes, ne dépasse pas la largeur d'une pièce de 0 gr. 50 et fait à peine saillie sous la peau.

Le traitement déjà prescrit sera continué ; j'y ajoute : pendant les 20 premiers jours du mois, une cuillerée à soupe de sirop iodotannique tous les matins ; pendant les 10 derniers, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Arséniate de soude . . . . . 5 centigr.
Eau. . . . . 150 gr.

Obs. n° 2. — *Adénites multiples et lymphangite cervico-faciale chez une jeune fille de 17 ans, scrofuleuse.*

Cette seconde malade est une scrofuleuse avérée : dans son enfance, à l'âge de 11 ans, elle a eu mal aux yeux pendant plus de six mois ; en même temps, elle avait dans la région cervicale inférieure droite, au voisinage de l'épaule, une glande qui a suppuré près de 18 mois. Depuis, elle a eu des adénopathies multiples et successives ; elle vient de faire à l'hôpital St-Louis un séjour, pendant lequel ses adénites ont été successivement curées, si bien qu'actuellement toute la région cervicale, jusqu'au voisinage de l'extrémité de la branche montante du maxillaire inférieur, est recouverte d'un collier de cicatrices, dont quelques-unes ne sont pas encore fermées.

Le 30 *août*, la malade m'est montrée pour la première fois. Je constate qu'en dehors de ses adénopathies multiples, elle a la figure enflée ; les lèvres, les joues, le menton sont tuméfiés comme si la malade était atteinte d'éysipèle blanc.

Instruit par l'observation précédente j'examine immédiatement la bouche de la malade. Elle a la mâchoire dans un état déplorable, bien qu'elle soit âgée seulement de 17 ans. Des quatre incisives de la mâchoire supérieure

Digitized by Google

trois sont réduites à l'état de chicots informes; à la mâchoire inférieure, les deux dernières molaires de chaque côté sont presque complètement détruites par la carie; mais ses gencives surtout sont dans un état piteux. Elles sont tellement gonflées et tuméfiées qu'elles rendent la mastication très douloureuse; de tous côtés elles forment des clapiers d'où s'écoule le pus à la moindre pression; enfin la cavité buccale répand une odeur absolument repoussante.

Comme la malade de l'observation précédente, celle-ci, bien qu'elle ait 17 ans, ne s'est jamais nettoyé la bouche et ne s'est jamais servie de brosse à dents. Persuadé que l'état défectueux de la bouche a joué un rôle considérable dans l'éclosion des accidents inflammatoires, je prescris le même traitement qu'à la malade précédente. D'ailleurs je propose à la jeune fille d'entrer à l'hôpital Tenon dans un des services que l'administration de l'Assistance publique m'a confiés pendant la période des vacances; elle y sera surveillée pour l'antisepsie buccale et le dentiste de l'hôpital soignera ses dents.

31. — Les 3 incisives supérieures cariées sont arrachées.

4 *septembre*. — La malade reconnait que déjà elle va mieux: les gencives ne sont plus enflées; la mastication n'est plus douloureuse et la face n'a plus cette bouffissure qui donnait une expression si étrange. Les gencives sont d'ailleurs beaucoup plus saines, elles ne suppurent plus et les vides laissés par les incisives se cicatrisent très normalement.

5. — Les 2 mauvaises molaires inférieures gauches sont enlevées.

12. — Les deux molaires droites subissent le même sort.

17. — Le visage ne présente plus le moindre gonflement. Toutes les cicatrices opératoires qu'elle présente sur la peau du cou et du visage persistent, mais autour d'elles les tissus ont recouvré leur souplesse. En somme la malade va aussi bien que possible et reconnait qu'elle est beaucoup mieux.

Réflexions. — Dans la première observation, l'influence des accidents buccaux sur le développement de l'adéno-

Digitized by Google

pathie n'est pas à discuter, puisqu'elle a disparu avec les manifestations de la stomatite.

Dans la seconde observation, l'interprétation paraît plus délicate puisqu'il s'agit d'une malade sûrement scrofuleuse. Et cependant les soins donnés à la bouche ont fait disparaître le gonflement œdémateux du visage, des gencives. Dans ce dernier cas, je ne nie pas que le terrain scrofuleux ait prédisposé aux adénopathies ; mais je soutiens que la stomato-gingivite a fait pénétrer dans les lymphatiques et leurs ganglions des agents infectants qui ont déterminé l'apparition d'adénites aussi multipliées et des œdèmes inflammatoires et je suis persuadé que si on avait d'abord soigné les accidents buccaux, on aurait évité à la malade et les curages de ses ganglions, et surtout les cicatrices indélébiles et disgracieuses qu'elle a conservées de ces interventions répétées.

II

ESSAI DE CLASSIFICATION DES ARTHRITES ALVÉOLO-DENTAIRES (*suite et fin*)

PAR

J. Redier,

Professeur à la Faculté libre de médecine de Lille.

B. — Arthrites de cause générale (Polyarthrites)

Les arthrites de cause générale sont toujours des polyarthrites, ainsi que nous l'avons dit précédemment. Ce sont aussi des arthrites septiques ou infectieuses ; mais elles empruntent leur physionomie spéciale bien plus à la nature de l'affection générale sous l'influence de laquelle elles se sont développées, c'est-à-dire qui a été leur cause prédisposante, qu'à l'agent infectieux généralement quelconque qui a été leur cause déterminante.

Ces idées sont en opposition avec celles qui sont géné-

Digitized by Google

ralement adoptées et particulièrement avec celles qui ont été émises par Galippe : notre distingué confrère considère la pyorrhée alvéolaire (1) comme une affection spécifique, inoculable et contagieuse même par simple cohabitation ; pour lui c'est l'agent infectieux qui joue le rôle principal, tandis que l'état général n'intervient qu'accessoirement, et il appuie son opinion sur des expériences d'ailleurs très intéressantes et très bien faites, mais dont il tire des conclusions que nous contestons absolument.

L'auteur ayant pris du pus de pyorrhées alvéolaires, en a isolé divers microbes dont les uns sont des pyogènes vulgaires et dont les autres, hôtes habituels de la bouche, se sont montrés également agents de suppuration après culture et injection dans le tissu cellulaire de divers animaux (2). Après une série de tentatives restées sans résultat il est parvenu dans un cas, en injectant le produit de ces cultures dans les articulations alvéolaires d'un animal, à y déterminer de la suppuration.

Des faits qui précèdent résulte-t-il que la pyorrhée soit, comme le croit l'auteur, une maladie spécifique et inoculable ?

Évidemment non ; les microorganismes isolés et cultivés par Galippe sont des agents de suppuration, il est vrai ; mais l'insuccès de toutes les inoculations, sauf une, montre bien qu'ils sont sans action sur les articulations alvéolo-dentaires dans les conditions normales et qu'il faut des prédispositions spéciales pour les rendre efficaces.

L'opinion que nous soutenons trouve d'ailleurs une confirmation éclatante dans les faits de la pratique journalière : que d'inoculations désastreuses seraient faites par les instruments qui passent de bouche en bouche, par les instruments qui servent à l'ablation du tartre principalement s'il suffisait de quelques microbes insérés dans une articulation alvéolo-dentaire au niveau du collet pour donner la pyorrhée !

(1) Nous employons intentionnellement ici le terme de pyorrhée alvéolaire parce qu'il ne préjuge en rien la nature ou la pathogénie des polyarthrites.

(2) Galippe, in *Journal des connaissances médicales*, 1887 à 1890, *passim*.

Digitized by Google

Point n'est besoin après cela de nous arrêter longtemps à réfuter cette autre idée soutenue par Galippe et par Magitot, que la maladie est contagieuse dans une même bouche de dent à dent, et d'un sujet à l'autre en cas de cohabitation prolongée. N'est-il pas naturel de penser que dans une même bouche les dents présentent les mêmes prédispositions et que la maladie, d'abord localisée à quelques dents, doit finir par se généraliser ? Et quant aux cas où la maladie s'est montrée successivement chez les personnes cohabitant comme mari et femme, point n'est besoin d'invoquer la contagion pour une affection aussi répandue, surtout quand il s'agit de sujets vivant dans les mêmes conditions, à peu près du même âge, subissant les mêmes influences et offrant par conséquent un terrain propice à l'éclosion des mêmes maladies.

Mais quelles sont les conditions de l'état général qui favorisent le développement des polyarthrites? De tout temps on a remarqué la fréquence des suppurations alvéolaires chez les arthritiques, et de fait toutes les descriptions qui ont été données de la pyorrhée alvéolaire, sous différents noms (1), se rapportent à la polyarthrite des arthritiques, qui est certainement la variété la plus commune.

Mais il y a bien d'autres conditions encore : car il y a des polyarthrites et non une polyarthrite. On peut dire d'une manière générale que tous les états qui entraînent une perturbation quelque peu durable dans la nutrition générale, principalement les maladies que l'on a appelées dystrophiques, toutes les conditions qui diminuent la « résistance » de nos tissus et les rendent plus facilement vulnérables sont des causes de polyarthrites.

On observe donc la polyarthrite dans les états les plus divers, et suivant les conditions qui ont présidé à son développement elle revêt des formes cliniques particulières qui ont toutes cependant cela de commun que tou-

(1) Suppuration conjointe des alvéoles et des gencives (Jourdain et Oudet), Pyorrhée alvéolaire (Toirac), Gingivite expulsive (Marchal de Calvi), Ostéo-périostite alvéolo-dentaire (1re manière Magitot), Gingivite arthrodentaire infectieuse (Galippe), Maladie de Fauchard (David), Arthrite infectieuse symptomatique (2e manière de Magitot) ; et nous n'indiquons ici que les dénominations les plus usitées en France.

Digitized by Google

jours l'inflammation débute par le collet et qu'il y a plusieurs articulations prises simultanément.

En groupant les variétés qui ont entre elles une certaine communauté d'origine, on peut établir la classification suivante :

Polyarthrite de la grossesse et de la puerpéralité ;

Polyarthrite des diathèses : arthritique et goutteuse ;

Polyarthrite de certaines affections générales chroniques : diabétique, brightique ;

Polyarthrite des maladies infectieuses aiguës : de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives ;

Polyarthrite de certaines intoxications : mercurielle, bismuthique, etc.

Nous allons rapidement passer en revue chacune de ces variétés.

Polyarthrite de la grossesse. — Assez commune, dépourvue de gravité et cessant ordinairement avec la cause qui l'a fait naître, la polyarthrite des femmes enceintes a toujours été confondue avec la gingivite de la grossesse.

La même confusion se retrouve d'ailleurs pour plusieurs variétés de polyarthrite : c'est qu'au début toutes les polyarthrites sont en réalité des gingivo-arthrites et, les symptômes qu'on est habitué à considérer comme caractéristiques de l'arthrite (douleur à la pression, ébranlement et allongement de la dent) étant à peine marqués ou même faisant complètement défaut dans les cas légers, seule la rougeur gingivale attire l'attention des malades et même du médecin, si bien que l'arthrite passe inaperçue.

Celle-ci est cependant bien réelle et on ne manque jamais de la trouver pour peu qu'on la cherche. L'inflammation ne descend guère au delà d'un ou deux millimètres à partir du collet et elle s'accompagne constamment du gonflement et parfois même du décollement des languettes interdentaires.

Polyarthrite des diathèses arthritique et goutteuse. — C'est la variété la plus fréquente, la plus grave et la plus tenace. Elle est aussi commune que l'arthritisme et l'on sait que dans certaines contrées les arthritiques sont légion.

Digitized by Google

La maladie débute ordinairement de quarante à quarante-cinq ans, âge habituel des grandes manifestations diathésiques, mais on peut l'observer beaucoup plus tôt, à vingt ans et même plus tôt encore. Elle peut être la première et même la seule manifestation de la diathèse ; mais presque toujours en interrogeant les malades, on apprend qu'ils ont eu antérieurement quelque atteinte qui ne laisse aucun doute sur la constitution du sujet, migraines, accidents rhumatismaux, poussées d'eczéma, asthme, etc.

La polyarthrite des arthritiques a été beaucoup étudiée ; c'est elle qui a servi de type à toutes les descriptions qui ont été faites sous les noms divers que nous avons énumérés précédemment. Malassez a bien montré que l'inflammation débute par le collet et que la gencive est atteinte en même temps que le ligament avec lequel d'ailleurs elle se confond à ce niveau ; c'est la confirmation de ce que nous avons dit plus haut et la raison pour laquelle Galippe donne à la maladie le nom de gingivo-arthrite.

Un de nos élèves qui a fait de la polyarthrite des arthritiques l'objet de sa thèse inaugurale, a bien expliqué comment l'infection articulaire est favorisée à la fois par les troubles de la nutrition générale et par les modifications locales que la diathèse imprime au tissu osseux et aux ligaments des articulations alvéolo-dentaires (1).

L'affection est à peu près incurable, parce que les conditions qui la font naître sont elles-mêmes au-dessus des ressources thérapeutiques actuelles ; nous avons prise sur la marche des accidents dans une certaine mesure, mais si nous pouvons retarder le dénouement, nous sommes impuissants à l'empêcher, si bien que la chute des dents est la terminaison fatale de la maladie.

La polyarthrite des goutteux ne diffère pas de celle des arthritiques ; les deux diathèses ont d'ailleurs entre elles tant de points de contact que pour beaucoup elles ne font qu'un. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question de pathologie générale ; néanmoins il faut convenir que la similitude de la polyarthrite des deux diathèses vient à l'appui de cette manière de voir.

(1) QUILLIOT, thèse de Paris, 1895.

Digitized by Google

Polyarthrite des affections générales chroniques. — Presque toutes les affections générales chroniques peuvent s'accompagner de polyarthrite, notamment le diabète et l'albuminurie.

La polyarthrite des glycosuriques est si caractéristique qu'elle permet souvent à elle seule de faire le diagnostic du diabète. Elle est ordinairement limitée, au moins pendant les premiers temps de la maladie, aux six dents antérieures du haut et du bas, mais surtout à ces dernières, et s'accompagne toujours d'une suppuration très manifeste ; enfin elle suit remarquablement la marche de la maladie, les phénomènes inflammatoires et la suppuration diminuant quand diminue la quantité de sucre et augmentant avec elle. C'est dire que l'affection guérit quand la glycosurie disparait, à la condition toutefois que les désordres ne soient pas irréparables.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un homme dans toute la force de l'âge (32 ans) qui présentait de l'arthrite des 6 dents antéro-supérieures avec suppuration très abondante au niveau des deux incisives centrales. Toutes ses dents étaient d'ailleurs intactes et absolument indemnes de carie ; les accidents dataient de deux mois ; nous diagnostiquâmes par élimination et en raison des caractères cliniques de la maladie, une polyarthrite glycosurique et nous engageâmes le malade à faire analyser ses urines : on y trouva 80 grammes de sucre par litre. Il s'agissait d'un viveur qui faisait toutes sortes d'excès ; avec un peu de sagesse et le régime aidant, le sucre diminua très rapidement en même temps que la suppuration articulaire, si bien qu'au bout d'une quinzaine de jours notre malade était complètement guéri de sa glycosurie aussi bien que de sa polyarthrite.

Nous ne donnons pas cette observation comme le type de la polyarthrite diabétique, car tous les caractères y sont outrés, mais leur exagération même montre bien ce qui distingue des autres cette forme de polyarthrite et à ce titre elle nous a paru intéressante à rapporter.

Dans les formes chroniques du diabète il y a encore un caractère qui fait rarement défaut : c'est la coexistence

Digitized by Google

avec la polyarthrite de nombreuses caries à marche rapide qui tiennent à la réaction du milieu buccal devenu acide à la faveur du sucre qui se rencontre constamment dans la salive en même temps que dans les urines.

Chez les arthritiques au contraire, la réaction alcaline de la salive est plus accentuée qu'à l'état normal et l'ivoire est plus richement minéralisé, de sorte que les dents sont particulièrement préservées de la carie. C'est là encore un trait qui distingue la polyarthrite des arthritiques de celle des diabétiques.

Lorsque le diabète, comme il arrive souvent, se montre chez un arthritique déjà atteint de polyarthrite, celle-ci est aggravée par la glycosurie ; l'inflammation articulaire reçoit de ce fait une impulsion en rapport avec la quantité de sucre ; ces associations pathologiques donnent des types cliniques complexes et nécessairement très variables.

La polyarthrite des albuminuriques est beaucoup moins caractéristique que celle du diabète et n'offre pas la même constance, il en est de même des polyarthrites des autres affections générales chroniques.

Le Dr Carrière cite dans sa thèse inaugurale (1) plusieurs observations d'ataxiques chez lesquels il a noté la chute des dents et la résorption des alvéoles, et il attribue ces accidents à des altérations du trijumeau. Nous avons lu attentivement ces observations et nous ne pouvons partager l'opinion de notre confrère : Quilliot a d'ailleurs montré dans sa thèse (2) que la section du trijumeau n'est pas suivie des accidents signalés par Carrière. Pour nous il s'agit là de polyarthrites atypiques, liées à des états généraux mauvais quoique assez mal déterminés.

Polyarthrite des maladies infectieuses aiguës. — Les maladies infectieuses aiguës de quelque durée se compliquent souvent de polyarthrite ; l'inflammation n'est jamais très intense et ne se traduit souvent objectivement que par un liseré rouge vif du rebord des gencives accompagné du gonflement des languettes interdentaires. Mais si l'on a soin d'interroger les malades, on apprend qu'ils

(1) Thèse de Paris, 1892.
(2) *Loc. cit.*, p. 19.

Digitized by Google

éprouvent une sensation d'agacement dans les dents, que ces organes leur paraissent comme s'ils étaient implantés dans du caoutchouc ou dans du liège et qu'ils ne leur permettent plus de mastiquer des aliments de quelque dureté.

La polyarthrite des maladies infectieuses aiguës ne suppure qu'exceptionnellement ; elle se prolonge plus ou moins pendant la convalescence et se termine par résolution.

Polyarthrites des intoxications. — Ces polyarthrites forment une classe tout à fait distincte très importante et pourtant à peu près méconnue.

La polyarthrite de l'intoxication mercurielle en est le type le plus grave et le mieux caractérisé ; et pourtant elle n'est signalée partout que comme un phénomène accessoire et comme une conséquence de la stomatite qui serait le phénomène capital et l'accident primitif. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette importante question ; nous dirons seulement que nous sommes convaincus que la polyarthrite est l'accident primitif et nous n'en donnerons comme preuve que le fait bien connu de la disparition de la stomatite chez les ouvriers qui travaillent dans les industries où l'on manie le mercure, à partir du jour où toutes leurs dents sont tombées. Dans l'intoxication mercurielle chronique, la polyarthrite existe même seule le plus souvent, et cela en dépit de toutes les précautions et des soins antiseptiques les plus minutieux.

Quoi que l'on pense de cette question de pathologie, la polyarthrite mercurielle ne saurait être contestée, et elle doit trouver sa place dans une classification générale des arthrites.

Pour être moins prononcées et moins graves dans leurs conséquences les polyarthrites plombique, argentique, bismuthique n'en existent pas moins. Il est probable même que ce ne sont pas les seules ; toutefois nous n'avons pas d'expérience à cet égard et nous aimons mieux n'en pas parler que de faire des hypothèses.

D'ailleurs la classification que nous avons essayé d'établir laisse chaque division ouverte et il sera toujours facile

Digitized by Google

de faire entrer telle variété dont nous n'avons pas parlé dans le groupe qui lui convient.

Nous résumons cet essai de classification dans le tableau suivant :

Classification des arthrites.

Arthrite de cause locale ou accidentelle	Traumatique.	Par agent mécanique ou physique. Choc direct ou indirect. Luxation incomplète. Manœuvres de redressement. Brûlures. Par agent chimique (caustiques). Cautérisation à l'acide arsénieux ou autres.
	Septique.	Arthrite tartarique. Arthrite consécutive à un traumatisme septique. Arthrite par propagation d'une infection de voisinage. Arthrite consécutive aux caries pénétrantes.
Arthrite de cause générale	Polyarthrite.	De la grossesse et de la puerpéralité. Des diathèses arthritique et goutteuse, Des affections générales chroniques : diabétique, albuminurique, etc. Des maladies infectieuses aiguës : fièvre typhoïde, fièvres éruptives, etc. Des intoxications : mercurielle, plombique, bismuthique, etc.

Digitized by Google

RECUEIL DE FAITS ET OBSERVATIONS

DE LA NÉCROSE DU MAXILLAIRE D'ORIGINE NON DENTAIRE PAR INFECTION BUCCALE

Par le Dr **CAUMARTIN** (1)

J'ai l'honneur de rapporter à la Société l'observation d'un malade qui a fait le sujet de ma thèse, intitulée : « De la nécrose du maxillaire d'origine non dentaire, par infection buccale ».

Il s'agissait d'un malade de 27 ans, entré le 28 mai 1898 dans le service de M. le professeur Dubar à Lille pour une nécrose du maxillaire inférieur.

Le père de ce malade est mort de tuberculose pulmonaire.

Quant à lui, il n'a dans son passé aucune maladie sérieuse. Il déclare n'avoir jamais eu mal aux dents ; jamais le moindre traumatisme n'a atteint ses mâchoires ; il n'a aucune raison d'être intoxiqué par le phosphore, le plomb, l'arsenic, etc...

Fumeur modéré, il ne chique pas et n'a pas d'habitudes alcooliques. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Pas de syphilis. Aucune trace de tuberculose ganglionnaire et aucune lésion pulmonaire.

Son état général est médiocre ; il est amaigri et fatigué.

Histoire de la maladie. — Il y a 4 ans, en 1894, sans cause appréciable, apparait au menton ce qu'il appelle un « bouton ». Ce bouton siégeait exactement un peu à droite de la ligne médiane, au niveau de la « fossette » du menton.

Il faisait une légère saillie du côté de la peau et soulevait de façon très notable la muqueuse buccale au niveau du cul-de-sac gingivo-labial.

Un médecin lui fit une incision cutanée et une du côté

(1) Extrait des *Comptes rendus de la Société de Stomatologie.*

Digitized by Google

de la muqueuse ; il s'écoula un peu de sang et de pus.

Une semaine après environ, apparait un gonflement assez marqué des gencives du côté droit ; on parle d'accidents scorbutiques et le médecin lui fait, sur la face labiale de la gencive inférieure droite, de nombreuses et profondes scarifications qui donnent issue à du sang.

On ne fait prendre au malade aucun soin antiseptique et il ne se rince même pas la bouche.

Tout semble se calmer, mais quelques mois plus tard apparaissent les mêmes accidents du côté gauche, on lui fait sur les deux faces de la gencive inférieure gauche une nouvelle série de scarifications profondes.

Ce sont donc trois séries de scarifications qu'on a faites au malade en l'espace de 5 ou 6 mois et elles sont tellement nombreuses qu'il en estime le nombre à 90.

La 1re série est constituée par l'incision de la tumeur intra-buccale du début, incision qui empiétait profondément sur la gencive.

La 2e série fut faite sur la moitié droite de la gencive inférieure.

La 3e sur la moitié gauche.

Nous verrons par la suite l'importance de cette remarque.

Vers cette époque, le malade croyant que ces accidents sont dus à des lésions dentaires, se fait enlever les deux grosses molaires inférieures gauches ; elles n'étaient absolument pas cariées et leur avulsion n'amena aucune rémission des symptômes.

C'est alors au 8e mois, probablement sous l'influence de ces poussées successives de gingivite, que la suppuration s'établit au niveau des points qui ont été scarifiés, et le 10e mois un abcès se forme à la région sus-hyoïdienne, qui donne issue à un petit séquestre que le malade extrait lui-même.

Le mois suivant, un séquestre lamelleux s'élimine par la gencive droite au niveau du point où a porté la 2e série de scarifications.

Deux ou trois mois plus tard, le malade extrait de la

Digitized by Google

gencive gauche deux ou trois petits séquestres dans la région où a été faite la 3e série de scarifications.

En un mot le processus nécrobiotique a suivi une marche chronologique calquée sur celle des scarifications.

A partir de cette époque, c'est une suite de périodes de rémission et de poussées aiguës accompagnées de fièvre, de gonflement, de constriction des mâchoires pendant lesquelles le malade voit s'éliminer des fragments de maxillaire du côté gauche, soit par les gencives, soit par des orifices cutanés.

C'est alors seulement que les dents entrent en scène : les incisives, la canine, les deux petites molaires inférieures gauches deviennent branlantes et se dévient vers la droite dans une situation qui les a fait comparer par M. Dubar à des épis courbés par un coup de vent.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital, il existe deux fistules : une massétérine qui conduit sur une portion dénudée de la table externe de l'os ; une sus-hyoïdienne qui conduit sur une partie nécrosée de la face interne du maxillaire, à l'union du corps et de la branche montante du côté gauche.

On enlève deux séquestres lamelleux, l'un à la face externe, l'autre interne au niveau de l'angle du maxillaire. La cicatrisation était complète au bout d'un mois.

Nous avons revu le malade le 5 février dernier, 8 mois après sa sortie de l'hôpital. La guérison a persisté et il paraît jouir actuellement d'une santé excellente.

On ne trouve plus de trace de l'incision cutanée faite au menton il y a 4 ans ; en ce point la peau est souple et n'a pas contracté la moindre adhérence avec les tissus profonds et le maxillaire ; cette constatation nous confirme dans l'idée que ce « bouton » n'avait pas une origine osseuse.

Les dents sont toutes consolidées et un examen aussi minutieux que possible ne nous permet pas d'y déceler la moindre altération.

Nous constatons l'absence des dents de sagesse.

Des recherches bibliographiques assez étendues consignées au chapitre « historique » de notre thèse ne nous

Digitized by Google

ont pas permis de trouver d'observations semblables.

Je dis « semblables » à dessein, car les cas analogues ne manquent pas : la nécrose du maxillaire est une affection relativement fréquente. Le fait que nous rapportons rentre dans les cas de nécrose d'emblée que tous les auteurs ont observés dans la stomatite ulcéreuse, dans les fractures compliquées, dans la section médiane chirurgicale du maxillaire inférieur, etc.

Mais en dehors de ces causes, dans la plupart des cas qui ont été rapportés, le système dentaire joue un rôle dès le début. Nous croyons que, dans notre observation, tout s'est passé indépendamment de ce système dentaire qui n'est entré en scène que secondairement.

C'est seulement après que la nécrose a été réalisée et après qu'elle se fut manifestée sous forme de l'élimination d'un séquestre que le système dentaire a été touché.

L'infection est devenue intra-alvéolaire de dehors en dedans, par effraction de la paroi de l'alvéole et c'est à ce moment seulement que les dents s'ébranlent et se dévient.

C'est ce que j'ai essayé de montrer au chapitre « Diagnostic » en examinant successivement les différentes affections locales ou générales qui peuvent amener la nécrose du maxillaire et, d'après l'analyse de l'observation et la succession des phénomènes, il nous a semblé qu'on ne pouvait en invoquer aucune ; ce qui justifierait le titre de notre travail : « Nécrose d'origine non dentaire ».

Logiquement d'ailleurs et théoriquement il nous semble qu'on peut admettre cette nécrose indépendante du système dentaire. Le maxillaire s'est conduit dans la circonstance comme tout autre os de l'économie : faisons abstraction des alvéoles et des dents qui y sont contenues ; nous restons en présence d'un os recouvert de son périoste et nourri par lui au moins dans les couches superficielles.

Si on décolle ce périoste et pour le maxillaire c'est particulièrement facile, si la plaie périostée s'infecte, on aura fatalement de l'ostéite et de la nécrose consécutive, au moins superficielle.

Digitized by Google

C'est ce qui s'est passé chez notre malade.

Sa bouche était un réceptacle de microbes d'autant plus qu'il n'en prenait aucun soin.

Une inflammation buccale survient, condition qui a pour effet d'exalter la virulence des micro-organismes et de mettre les tissus en état d'infériorité et de réceptivité.

Précisément à ce moment, une intervention inopportune ouvre le périoste, voilà remplies les deux conditions requises pour provoquer l'inflammation de ce périoste et de l'os sous-jacent, et si bien, qu'elle suit pas à pas le bistouri qui fait les scarifications, qui ont été dans le cas particulier, des inoculations successives.

C'est donc une « nécrose d'origine non dentaire par infection buccale ».

Ce fait montre une fois de plus qu'on ne saurait trop recommander les soins de la bouche, soins réalisés par sous les individus sous forme d'hygiène et par le médecin forme d'antisepsie quand il doit intervenir.

Aussi, dans un dernier chapitre nous avons rappelé les préceptes que donnent les auteurs à ce point de vue et en particulier M. le Dr Cruet, dans son ouvrage sur *L'hygiène et la thérapeutique des maladies de la bouche.*

Il serait peut-être intéressant de reproduire expérimentalement ces lésions ; j'en ai manifesté l'intention au début de ma thèse, mais je serais heureux d'avoir auparavant l'avis des membres de la Société.

UN CAS DE PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par le Dr **NICOLESCO**.

(*Observation recueillie dans le service dentaire de la Charité.*)

Le 26 août, se présente à l'hôpital de la Charité, dans le service dentaire de M. Cruet, M. N..., âgé de 32 ans, aquarelliste, qui se plaint d'avoir mal aux gencives : ses dents, dont quelques-unes sont chancelantes et prêtes à tomber, sont douloureuses, et son haleine est fétide.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter.

Digitized by Google

Antécédents personnels. — De par sa profession, il arrive souvent à ce malade soit de tenir, soit d'essuyer dans la bouche les pinceaux dont il se sert.

Etat général. — Assez satisfaisant. Rien dans les urines.

Localement, on constate sur les gencives des deux arcades un liseré violet foncé, plutôt noirâtre que violacé. Autour du collet des dents, le bord des gencives est décollé, tuméfié, fongueux, même ulcéré par places. Les ulcérations sont irrégulières, de couleur grisâtre, couvertes de pseudo-membranes, et elles saignent au moindre contact.

La salive a une réaction acide.

Les dents sont couvertes d'une épaisse couche de tartre de couleur verdâtre, et, par la pression des gencives, particulièrement aux dents de devant on fait sourdre au collet des dents un pus abondant et crémeux.

Le stylet s'enfonce sous les gencives et met en évidence des culs-de-sac qui s'étendent presque jusqu'à l'extrémité des racines ; on constate la résorption partielle ou même l'absence presque complète des parois alvéolaires antérieures : les dents allongées et très mobiles semblent expulsées des alvéoles.

Les incisives en particulier, sensibles au chaud et au froid, douloureuses au contact, sont chancelantes. Haleine d'une odeur repoussante.

Le traitement arrêté fut le suivant :

Bains de bouche antiseptiques (solution au thymol).

Nettoyage minutieux, et enlèvement des moindres parcelles de tartre.

Cautérisation des gencives, dans la même séance, sans anesthésie, opération qui a été parfaitement supportée par le patient ; le procédé employé a été celui que préconise M. Cruet, c'est-à-dire ouverture profonde des clapiers sous-gingivaux et cautérisation exacte de tous les culs-de-sac, afin de détruire les foyers infectieux à l'aide du thermocautère.

Les jours suivants, sur notre recommandation, le patient pratiqua une sévère hygiène buccale, prenant de fréquents

Digitized by Google

bains de bouche, particulièrement après les repas et avant de se coucher.

Nous lui avons, en outre, prescrit une alimentation fortifiante, et une interruption momentanée dans l'exercice de sa profession.

Nous avons revu régulièrement notre malade les jours de consultation, et le 23 septembre, M. Cruet a refait une nouvelle cautérisation des points, peu nombreux, qui suppuraient encore.

Aujourd'hui, la bouche de notre malade est dans un état aussi satisfaisant que possible, et les arcades dentaires ont un air de santé qui frappe tout d'abord : les gencives sont propres, fermes, le liseré n'existe plus ; les dents brillantes et saines sont fermes dans leurs alvéoles et leurs fonctions physiologiques s'accomplissent convenablement à la grande satisfaction du patient, qui a bien meilleure mine que le jour où il s'est présenté à nous pour la première fois.

Retenons de cette observation les deux points suivants :

1° Le liseré des gencives.

2° La pyorrhée alvéolaire et son traitement d'après le procédé préconisé par M. Cruet.

La présence du liseré dont nous avons parlé, les ulcérations des gencives, la tuméfaction de leur bord, la fétidité de l'haleine, ont, au premier abord, fait croire à un cas d'*intoxication saturnine*, vu la profession du malade, et quelques-unes des personnes qui ont examiné ce dernier avant nous ont jugé, à sa pâleur, qu'il avait de l'anémie saturnine.

Il n'en était rien : la profession de peintre aquarelliste n'a aucune liaison avec le saturnisme, qui atteint surtout les peintres en bâtiment.

Chez notre malade, nous n'avons du reste constaté aucun élément du cortège symptomatique du saturnisme.

Le liséré saturnin est produit, soit par la fixation des poussières de plomb au niveau du bord libre des gencives, soit par l'élimination au moyen des glandes salivaires des préparations en contenant. Dans notre cas, le liseré gingival, au lieu d'être gris-bleuâtre, comme dans

Digitized by Google

le saturnisme, était violet foncé. Ce liseré a persisté après l'enlèvement du tartre ; ce n'était donc pas un faux liseré, produit par le tartre ou vu par transparence à travers le bord libre de la gencive ; quelle était donc sa nature, puisque nous éliminons le saturnisme ?

Étant données la profession du malade peintre aquarelliste, la mauvaise habitude qu'il avait d'essuyer ses pinceaux dans sa bouche, nous croyons que ce liseré était dû aux particules colorantes qui ont peu à peu tatoué la gencive ; ce liseré n'est donc pas pour nous symptomatique d'une intoxication, mais c'est un stigmate professionnel ; les matières colorantes en rapport avec la gencive ont pu être la cause déterminante de la pyorrhée en irritant le parenchyme gingival, en le décollant du collet des dents, et exposant les alvéoles à l'envahissement des microbes du milieu buccal. On sait d'autre part que notre peintre avait l'habitude de tenir ses pinceaux dans la bouche entre ses dents.

Ce n'est que lorsque le malade s'est aperçu que ses dents étaient chancelantes, douloureuses, et que la mastication était considérablement gênée qu'il est venu nous consulter.

Nous pourrons formuler ainsi notre diagnostic : *liseré traumatique-infectieux et pyorrhée alvéolaire consécutive.*

L'antisepsie buccale obtenue par des bains de bouche fréquents, l'enlèvement très complet du tartre, la destruction des culs-de-sac gingivaux au moyen du thermocautère, d'après la méthode de M. Cruet, c'est-à-dire en supprimant tous les clapiers, véritables nids à microbes, ont jugulé la maladie et modifié très rapidement l'état local et général.

La méthode des cautérisations, telle que la pratique M. Cruet, ne laisse pas que d'inspirer quelque répugnance aux praticiens qui n'en ont point encore apprécié les excellents résultats ; pourtant, de même que les incisions larges et multiples dans les phlegmons diffus, préconisées par le Dr Verneuil, donnent de si nombreux succès, de même les cautérisations profondes, complètes, des culs-de-sac gingivaux, que fait M. Cruet, donnent des

Digitized by Google

résultats remarquables dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Les cautérisations ont le double avantage :

a) de détruire les foyers microbiens ;

b) d'assurer la consolidation des dents par le tissu cicatriciel qu'elles produisent.

Les cas de pyorrhée alvéolaire traités par cette méthode, que j'ai eu l'occasion de voir, m'ont convaincu de l'efficacité et de la simplicité du procédé. Mais, comme il y a encore des praticiens qui n'ont pas été à même d'apprécier les excellents résultats de l'intervention chirurgicale, ou qui s'effrayent peut être de ces larges débridements au thermocautère, j'ai jugé qu'il ne serait pas inutile de publier cette observation intéressante tant au point de vue du diagnostic et de l'étiologie de l'affection, qu'au point de vue du traitement et de son heureux résultat.

Digitized by Google

L'INSTRUCTION DENTAIRE A L'ÉTRANGER

ÉCOLE DENTAIRE DE GUY'S HOSPITAL (Londres).

PAR

P. Gires (1).

L'école dentaire de Guy's hospital dépend de l'école de médecine et chirurgie de l'hôpital dont elle porte le nom. Elle fut fondée en 1889 comme extension du service dentaire afin « d'augmenter les moyens d'être utile à ceux qui peuvent légitimement réclamer les soins de l'hôpital, et parce qu'il semblait désirable de faire profiter les étudiants dentistes des ressources d'une école de médecine et chirurgie renommée. Les fondateurs espéraient, en outre, qu'une telle association tendrait à engager un plus grand nombre d'étudiants dentistes à continuer leurs études médicales ».

L'instruction préliminaire requise pour l'admission à l'école dentaire est la même que celle qui est exigée pour l'admission à l'école de médecine.

Les cours et travaux pratiques pour les branches médicales, sont communs aux deux catégories d'étudiants.

Les examens sur ces parties sont les mêmes pour les deux écoles et l'étudiant dentiste n'est pas obligé de les passer de nouveau s'il désire prendre un diplôme de médecine ou de chirurgie.

Le tableau comparatif suivant permet de saisir les relations entre l'enseignement donné à l'étudiant dentiste et l'enseignement donné à l'étudiant en médecine.

(1) Extrait du *Rapport sur l'Instruction Dentaire à l'étranger* (mission du Ministère de l'Instruction publique) (sous presse).

Digitized by Google

Etudes requises pour le diplôme de Licencié en chirurgie dentaire (L. D. S.).	*Etudes requises pour les diplômes de Licencié du Collège Royal de médecins (L.R.C.P.). et de Maître du Collège Royal de chirurgie (M.R.C.S.).*
Physique et chimie.	Même programme.
Manipulations de chimie.	» »
Matière médicale.	Pharmacie.
	Biologie.
Anatomie.	Même programme.
Dissection (douze mois).	» »
Physiologie.	» »
Travaux pratiques de physiologie (3 mois).	Travaux pratiques de physiologie (six mois),
Chirurgie (Cours d'au moins six mois).	Même programme.
Pratique chirurgicale (deux sessions d'hiver).	Pratique chirurgicale (deux sessions d'hiver et deux sessions d'été).
Conférences cliniques de chirurgie (deux sessions d'hiver).	Conférences cliniques de chirurgie (neuf mois).
Médecine (Cours d'au moins six mois).	Même programme.
Anatomie et physiologie dentaires (deux séries de conférences).	Instruction pratique systématique en médecine, chirurgie et obstétrique.
Chirurgie dentaire (deux semestres).	Conférences cliniques de médecine (neuf mois).
Prothèse dentaire (deux semestres).	Pathologie et histologie pathologique (une série de conférences).
Métallurgie (un semestre).	Médecine légale, hygiène et pharmacologie (une série de conférences).
Pratique dentaire (deux ans).	Obstétrique (une série de conférences et vingt cas).
	Vaccination.
	Stage comme assistant à la clinique médicale et comme panseur à la clinique chirurgicale. Six mois pour chaque.

Digitized by Google

Pratique médicale (trois sessions d'hiver et deux d'été).
Instruction en : Maladies fébriles. Maladies mentales. Ophtalmologie.

Les études à l'école dentaire de Guy's Hospital ne durent que deux ans, mais l'étudiant doit avoir fait avant son inscription une série d'études qui le rendent capable de mieux profiter du temps relativement court qu'il passe à l'école.

1° Après avoir passé l'examen préliminaire d'admission à l'école il doit faire un apprentissage d'au moins deux ans, dans le laboratoire d'un dentiste patenté.

2° Lorsque cet apprentissage est terminé, il doit passer un examen sur la chimie, la physique, la chimie pratique et la matière médicale. Cet examen est également exigé des étudiants en médecine avant leur inscription.

Dans ces conditions les deux ans passés à l'école seront consacrés à l'étude de l'anatomie, de la dissection, de la physiologie, de la médecine et de la chirurgie, et aussi à l'étude théorique et pratique des branches dentaires.

L'enseignement médical commun aux deux catégories d'étudiants (médecins et dentistes) donne pour ces derniers de bons résultats. Il est regrettable cependant que le temps consacré à l'étude d'un programme si chargé ne soit pas plus long.

L'enseignement théorique des branches purement dentaires comprend :

1° La chirurgie et la pathologie dentaires.
2° L'anatomie et la physiologie dentaires.
3° La métallurgie dentaire.
4° La prothèse.
5° La dentisterie opératoire.
6° L'histologie dentaire normale et l'histologie dentaire pathologique (Ce dernier cours comprend des travaux pratiques).

Le programme de chacun de ces cours est le suivant.

Digitized by Google

Chirurgie et pathologie dentaires.

Les maxillaires et les dents à la naissance.

Dentition temporaire. Désordres infantiles qui en dépendent.

Dentition permanente.

Irrégularités dentaires (leur classification d'après leur étendue, leur forme, leur nombre et leur disposition).

Dents anormales (syphilitiques, stomatitiques, surnuméraires, géminées, dilacérées, déviées).

Caries dentaires (étiologie, prophylaxie, traitement).

Erosion (étiologie et traitement).

Pathologie de la pulpe dentaire (inflammation aiguë et chronique, ulcération, gangrène, hypertrophie, calcification).

Lésions des dents (fractures, luxations. Traitement par implantation et réimplantation, transplantation).

Périodontite aiguë et chronique.

Exostose.

Abcès alvéolaires (étiologie, pathologie, traitement).

Névralgie et odontalgie.

Troubles d'origine dentaire (nerveux, musculaires, trophiques).

Lésions et maladies des maxillaires (fracture, nécrose, pyorrhée alvéolaire, pathologie et traitement).

Lésions de l'articulation temporo-maxillaire (traitements opératoire et mécanique).

Maladies du sinus maxillaire (kystes et empyème, appareils de drainage).

Fistules dentaires et salivaires.

Calculs salivaires.

Fissures palatines et difformités buccales (traitement au moyen d'obturateurs).

Maladies des gencives (inflammation aiguë et chronique, hypertrophie, polypes, papillomes, stomatites).

Tumeurs (kystes dentaires, odontomes, épulis, tumeurs malignes et tumeurs bénignes).

Anatomie et physiologie dentaires.

1° *Humaines.*

Morphologie des dents.

Les dents considérées comme « dépendance du derme ».

Forme des dents temporaires et des dents permanentes.

Tissus dentaires (émail, dentine, cementum, dentine secondaire, leur structure et leur composition).

Digitized by Google

Développement des dents (Organe de l'émail, germe de la dentine, follicule dentaire).

Calcification des tissus dentaires (améloblastes, odontoblastes, cémentoblastes, ostéoblastes, calcosphérites, calcoglobuline).

Membrane préformative.

Développement des maxillaires.

Structure des gencives, de la pulpe, de la membrane alvéolo-dentaire.

Membrane de Nasmyth (ou capsule dentaire persistante).

Attachement, éruption et absorption des dents.

2° *Comparatives.*

Les homologies des dents.

Plici-dentine, vaso-dentine, ostéo-dentine.

Modes d'attachement des dents par membrane fibreuse. Charnière. Ankylose et gomphose.

Trituberculisme et le « triangle primitif » chez les mammifères.

Dentition typique des mammifères.

Dentition des piscivores, insectivores, carnivores, herbivores et omnivores.

Influences modificatrices (Hérédité, corrélation de l'accroissement, variations concomitantes, modifications dues à l'adaptation, sélections sexuelles, persistance des mieux appropriées aux conditions de vie).

Dents rudimentaires.

Dents d'accroissement persistant ou dents sans racines.

Développement et caractères des dents chez les vertébrés.

Poissons. Amphibies. Reptiles. Oiseaux (disparus).

Mammifères.

Définition des termes suivants : Acrodont. Bilophodont. Brachydont. Bunodont. Diphyodont. Diprotodont. Haplodont. Hétérodont. Homodont. Hypsodont. Monophyodont. Pleurodont. Polyphyodont. Polyprotodont. Protodont. Selenodont. Thecodont.

Métallurgie dentaire.

Propriétés des métaux.

Fourneaux.

Etudes des métaux les plus importants (or, argent, palladium, étain, cuivre, zinc).

Alliages (Alliage des caractères d'imprimerie, alliages fusibles à basse température, alliages dentaires).

Soudures et leur emploi.

Digitized by Google

Amalgames.

Amalgames d'or, d'argent, de palladium, d'étain, de cuivre, de zinc (composition et propriétés).

Ciments métalliques et ostéo-ciments.

Prothèse dentaire.

Traitement préparatoire de la bouche avant l'application des appareils de prothèse.

Matériaux, instruments et méthodes employés pour la fabrication des modèles (Porte-empreinte, substances employées pour la prise des empreintes, plâtre de Paris, modèles en métal, contre-modèles).

Appareils en caoutchouc vulcanisé.

Appareils en or et autres métaux.

Appareils en or et caoutchouc.

Montage, ajustage et articulation des dents (Leur choix et leur arrangement par rapport à l'esthétique).

Application des couronnes artificielles sur les racines (Préparation des racines, couronnes en or et en porcelaine).

Travail à pont.

Continuous-gum.

Traitement mécanique des irrégularités.

Traitement des difformités buccales au moyen d'appareils.

Description des batteries électriques, des moteurs et des accumulateurs.

Dentisterie opératoire.

Principes généraux.

Traitement des malades.

Moyens d'éviter la douleur.

Propreté.

Hygiène chirurgicale.

Méthodes d'éclairage artificiel.

Importance d'un travail méthodique.

Importance de noter les cas que l'on traite.

Méthodes d'éviter la salive (Antisialagogues, digue de caoutchouc, clamps, ligatures, serviettes, papier hydrophile, pompes salivaires).

Examen systématique de la bouche.

Diagnostic (pulpes à nu, pulpes mortes).

Méthodes de séparation des dents (séparateurs ; coins ; rubans ; ouate ; gutta-percha ; caoutchouc).

Nettoyages.

Digitized by Google

Carie et son traitement (prophylaxie, variétés).

Excavation des cavités.

Cavités types (Caries de la face triturante. Caries interstitielles. Caries cervicales).

Préparation des bords d'une cavité.

Matériaux employés pour l'obturation. Leur manipulation et leurs usages.

Or adhésif et non adhésif (rubans, cylindres, or cristallisé, or en feuilles épaisses).

Etain seul ou mélangé à l'or.

Platine.

Amalgames (amalgames de palladium, amalgames de cuivre, amalgames composés).

Ciments.

Gutta-percha.

Obturations combinées.

Fouloirs ; marteaux ; fraises.

Matrices (usage et abus).

Incrustations de porcelaine et de verre.

Traitement de l'érosion.

Traitement des pulpes exposées.

Traitement des abcès alvéolaires et obturation.

Traitement des racines.

Dentine hypersensible.

Adaptation de couronnes artificielles : en porcelaine ; en or ; en or avec facette de porcelaine (couronne de Richmond).

Démonstration d'histologie.

a) *Histologie normale.* — Tissus dentaires (émail, dentine, cément, ostéo-dentine, vaso-dentine, plici-dentine, pulpe dentaire).

Gencives et membrane alvéolo-dentaire.

Développement des dents.

Calcification des tissus dentaires (organe de l'émail, améloblastes, germe de la dentine, odontoblastes, cémentoblastes).

Attachement des dents.

b) *Histologie pathologique.* — Pulpe de la dent (inflammation, dégénérescence, calcification, dentine secondaire).

Exostose.

Erosion.

Tumeurs des gencives.

Résorption des racines.

Caries dentaires.

Digitized by Google

L'enseignement pratique de la dentisterie opératoire est fait d'une façon toute méthodique, et semble devoir donner de bons résultats.

Au commencement de chaque session les nouveaux étudiants sont divisés en deux sections qui assisteront tour à tour aux démonstrations données dans la salle d'opérations. Une fois par semaine des démonstrations sont faites sur les principes opératoires et les obturations plastiques. Deux autres démonstrations par semaine ont pour sujet les aurifications et les couronnes artificielles.

Après la démonstration, chaque étudiant doit pratiquer sur l'appareil appelé *fantôme*, l'opération qui a été l'objet de la démonstration. Cet appareil représente une tête humaine dont la bouche contient des dents naturelles fixées à l'aide de plâtre. Ces dents qui proviennent de la salle d'extraction et sont atteintes de caries sont disposées de façon à simuler les différents cas que l'on peut rencontrer chez le malade. Le fantôme est adapté au fauteuil d'opération de sorte que l'étudiant se trouve ainsi dans des conditions identiques à celles qu'il rencontrera dans la pratique. Lorsque l'opération a été faite d'une manière satisfaisante, l'étudiant la soumet aux critiques du démonstrateur qui marque une note sur son livret. Quand la série des démonstrations est finie et tout le travail complété, le professeur examine le fantôme et le livret de chaque étudiant, et peut ainsi se rendre compte de l'enseignement donné par ses assistants.

Voici la liste des démonstrations :

I. Démonstrations préliminaires.

1° Application de la digue de caoutchouc.
2° Application d'acide arsénieux.
3° Coiffage de pulpes.
4° Traitement des racines :
  a) des dents antérieures.
  b) des prémolaires.
  c) des molaires supérieures.
  d) des molaires inférieures.
5° Traitement et obturation de canaux septiques.

Digitized by Google

II. Obturations plastiques.

Amalgames. — Préparations et obturations d'une large cavité :

a) d'une molaire.

b) d'une prémolaire (en faisant usage de la matrice).

Ciments. — Préparations et obturations de larges cavités de dents antérieures. — Insertion de ciment dans des cavités profondes. — Combinaisons d'oxyphosphate et d'amalgame avec l'usage de la matrice.

Gutta-percha.— Préparations et obturations de larges cavités interstitielles.

Incrustations. — Préparer une cavité, et reconstituer la forme de la dent, à l'aide d'incrustations de porcelaine et de verre.

III. Aurifications.

A. — Or adhésif.

I. Préparer une fissure sur une face triturante, préparer une cavité de face triturante.

Préparer une cavité interstitielle d'une prémolaire ou d'une molaire.

Préparer une cavité interstitielle d'une dent antérieure.

Préparer une cavité du collet.

II. Obturer à l'or adhésif :

a) une cavité fissurale.

b) une cavité interstitielle d'une prémolaire ou d'une molaire.

c) une cavité interstitielle d'une dent antérieure.

B. — Or non adhésif.

I. Préparer une cavité de face triturante (molaire), préparer une cavité interstitielle (prémolaire ou molaire).

II. Obturer ces cavités avec de l'or non adhésif.

C. — Combinaison d'or et d'étain.

Préparer et obturer :

a) une cavité de face triturante.

b) une cavité interstitielle.

c) une cavité cervicale.

IV. Couronnes artificielles.

Préparer des racines et y adapter :

1° un amalgame avec bague.

2° une couronne entière en métal.

Digitized by Google

3° une couronne de Richmond (avec facette de porcelaine) pour une racine de prémolaire.
4° une couronne de Newland-Pedley.
5° une couronne de Logan.
6° une couronne de Downie (molaire ou prémolaire).
7° une couronne de Büttner-Downie pour dents antérieures.

Cette instruction préliminaire, donnée à l'étudiant pour le préparer à opérer sur le malade, porte le nom de « manipulations dentaires » (dental manipulations). Ce sont en effet des manipulations très semblables à celles qui constituent l'enseignement pratique de la physique et de la chimie ou encore l'enseignement de la médecine opératoire : D'abord, une courte conférence dans laquelle le démonstrateur explique les diverses phases de l'opération. Puis passant de la théorie à la pratique, il fait cette opération. Tandis qu'il opère, il explique ce qu'il fait, et comment il le fait. Il insiste sur les plus petits détails, montre la manière de tenir l'instrument, de prendre un point d'appui à l'aide des doigts inoccupés, et fait remarquer le point exact de cuisson de l'or. Lorsque la démonstration est finie, les étudiants doivent immédiatement pratiquer sous les yeux du démonstrateur l'opération ou le travail qui a été l'objet de la démonstration. Ils n'ont pas encore eu le temps d'en oublier les détails, et s'ils ne mettent *pas en pratique* les leçons reçues, le démonstrateur est là pour les leur rappeler.

L'usage du « fantôme » rend encore cet enseignement meilleur en plaçant l'étudiant dans des conditions presque semblables à celles qu'il trouvera chez le malade.

Dans cet enseignement quelques lacunes apparaissent, surtout si on le compare avec celui qui est donné dans d'autres écoles. A l'Université de Pennsylvanie comme à l'Université de Buffalo, une des premières démonstrations est consacrée à l'anatomie macroscopique de la dent. C'est une sorte de dissection des dents, dans laquelle l'étudiant examine la face extérieure de ces organes, puis les disséquant à l'aide de la lime, de la scie et de la pince coupante, il se rend compte des rapports des diverses parties qui les constituent. Il différencie l'émail de la dentine,

Digitized by Google

voit la disposition de la chambre pulpaire, et apprend exactement la forme et la direction des canaux. On conçoit la supériorité d'un tel enseignement pratique de l'anatomie des dents, sur un enseignement purement théorique.

L'absence d'un enseignement donné avec un soin tout particulier dans plusieurs écoles américaines est encore à noter.

Le traitement d'une cavité par l'obturation, doit remplir deux conditions : il doit d'abord *rendre à l'organe sa forme normale*, c'est-à-dire refaire artificiellement la partie qui a été détruite. Il doit aussi *prévenir autant que possible le retour de la lésion.* — Cette première condition qui est très souvent négligée par les dentistes européens, et en général inconnue de leurs malades, semble absolument essentielle : Pour qu'une dent soit apte à remplir sa fonction, c'est-à-dire la mastication, il est indispensable qu'elle s'articule exactement avec les dents qui lui sont opposées. Si l'articulation est défectueuse, des particules de nourriture peuvent, pendant la mastication, se loger dans les intervalles laissés entre les tubercules des dents; la mastication est donc imparfaite, et le bol alimentaire passe ainsi, incomplètement préparé, dans l'estomac. — De plus, il est indiscutable que, pour chaque dent, la forme naturelle et le contour normal sont le mieux appropriés à sa fonction particulière, et que *modifier cette forme ou ce contour est diminuer son utilité et hâter sa perte.*

Pour restaurer ainsi la forme et le contour de la dent, il est nécessaire d'avoir non seulement une grande habileté manuelle, mais aussi une éducation spéciale de l'œil.

Cette éducation de l'œil peut être acquise de plusieurs manières. La plus simple serait d'examiner avec soin des dents naturelles, ou des dents artificielles artistiquement fabriquées. Mais cet enseignement, outre qu'il demande une très grande bonne volonté de la part de l'étudiant, restera toujours incomplet.

Une autre, qui est pratiquée à l'Université de Pennsylvanie, consiste à dessiner, puis à modeler en plâtre les différentes espèces de dents.

Digitized by Google

Une troisième, pratiquée à l'Université de Buffalo, au Collège de Chirurgie dentaire de Baltimore et dans plusieurs autres écoles, consiste à tailler ces dents dans l'ivoire végétal.

Cette dernière méthode semble très longue et peu pratique. De plus, n'est-ce pas une erreur d'apprendre aux étudiants, à donner une forme à un objet par la sculpture, c'est-à-dire en enlevant des parcelles du bloc initial, alors qu'ils auront dans la pratique à créer cette forme, à la bâtir en quelque sorte, en y ajoutant une à une de petites parcelles des matériaux qui devront la constituer.

Cette éducation de l'œil est un peu négligée à l'école dentaire de Guy's hospital et il serait désirable d'y voir au moins une démonstration destinée à enseigner aux étudiants les détails de forme et de contour des diverses sortes de dents. Ce sujet est, il est vrai, enseigné théoriquement par le professeur dans son cours d'anatomie dentaire; mais cet enseignement théorique n'étant pas secondé par un enseignement pratique paraît insuffisant.

Lorsque la série des démonstrations énumérées plus haut est épuisée, et le travail de l'étudiant accepté, il est admis à opérer sur le malade. Il est dirigé et surveillé dans ce travail par les démonstrateurs, sous les ordres directs d'un professeur. Cette partie de l'enseignement de la dentisterie opératoire, bien compris, ne présente cependant rien de particulièrement intéressant à signaler.

L'enseignement de l'anesthésie est confié à des médecins et chirurgiens. L'un d'entre eux est toujours présent à la salle d'extraction ; il n'enseigne que l'anesthésie (presque toujours faite au protoxyde d'azote) tandis que l'extraction est faite sous la direction d'un professeur ou démonstrateur spécial.

L'omission presque totale de l'anesthésie locale s'explique par l'ignorance où l'on est en Angleterre (comme en Amérique) de l'anesthésie cocaïnique telle qu'elle se pratique en France d'après la méthode de Reclus.

Digitized by Google

COMPTES RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1899.

Présidence de M. le Dr Cruet.

M. le Dr Lucius, secrétaire annuel, fait fonction de secrétaire général.

LECTURE DU PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal est lu et adopté.

LECTURE DE LA CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre d'excuses du Dr Frey, que son état de santé a empêché de se rendre à la réunion, et qui annonce pour novembre une communication : parotidite double rhumatismale ; accidents buccaux consécutifs ; guérison ;

2° Une lettre de candidature du Dr Bachelier, de Poitiers ;

3° Une lettre de remerciments du Dr Georges Petit ;

4° Une lettre de M. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur, invitant la Société de Stomatologie au Congrès des Sociétés Savantes en 1900 (5 juin), et fixant les conditions dans lesquelles se feront les communications ;

5° Une lettre contenant les statuts du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale ;

Le bureau étudiera les conditions dans lesquelles la Société peut participer à ces deux Congrès ;

6° Trois numéros des *Archives de thérapeutique*.

Digitized by Google

ORDRE DU JOUR.

ÉLECTION D'UN SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

M. Cruet s'excuse d'avoir dépassé les limites des pouvoirs du bureau et d'avoir prononcé 2 noms à la dernière séance. Ni le bureau, ni le président n'avaient autorité pour mettre deux noms en avant : la Société a toute latitude pour proposer qui elle juge digne.

On fait circuler l'urne.

Nombre de votants 24. Majorité absolue 13.

Le scrutin donne les résultats suivants : M. Chompret, 14 voix ; M. Bouvet, 7 ; M. Rodier, 1, et 2 bulletins blancs.

M. le Dr Chompret ayant réuni la majorité absolue est nommé secrétaire général.

Le président félicite le nouveau membre du bureau ; M. le Dr Chompret répond à M. le président :

Il est très touché des marques de sympathie témoignées par ses confrères et fera tous ses efforts pour justifier leur confiance. Il espère être aidé par le secrétaire général qui l'a précédé, M. le Dr Ferrier, par les secrétaires annuels et les membres de la Société, qu'il espère voir très nombreux aux séances, comme spectateurs et comme acteurs. Il prie ses confrères de remettre à l'issue de chaque séance la teneur exacte des communications qu'ils auront pu faire, afin de pouvoir publier des comptes rendus substantiels et intéressants.

RAPPORT DE LA COMMISSION DES CANDIDATURES.

MM. les Drs Nuitz (de Boulogne), Mainguy (de Nantes) et Pernot sont nommés à l'unanimité membres de la Société de Stomatologie sur le rapport de M. le président de la commission des candidatures. Discussion de la candidature de M. Florestan Aguilar, de Philadelphie, comme correspondant étranger.

On surseoit au vote, pour demander au sujet de la candidature de M. Aguilar des renseignements complémentaires destinés à établir l'équivalence de son titre de docteur de Philadelphie.

Digitized by Google

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. le Dr Bloch présente les racines des 4 incisives supérieures qu'il a extraites à un de ses confrères, M. S.

Ces quatre racines supportaient un appareil à pont depuis trois ans ; 8 jours après la pose de l'appareil, ces racines avaient donné lieu à des abcès puis à une suppuration qui ne s'était jamais tarie.

La gencive présentait sur sa face labiale 4 fistules correspondant à chaque racine et une fistule palatine correspondant à la petite incisive gauche. A la pression il sortait une gouttelette de pus de chaque pertuis.

M. S. partant en province désirait être débarrassé de ses racines, afin d'être à l'abri de tout accident de ce côté.

Ces racines, extraites, présentent les particularités suivantes : un tube d'or dans chaque racine est scellé au moyen de ciment, qui vient faire saillie hors de la racine, à plus ou moins de distance de l'apex, et dont la direction croise celle du canal. A cette extrémité, le périoste s'est épaissi d'une façon très notable et a formé un kyste. Une des racines présentait un kyste complètement fermé, contenant quelques grains de ciment et un peu de sérosité ; un autre kyste, ouvert celui-là, existait à l'apex.

M. Gourc cite des cas semblables ; dans les cas de fausse route, il a observé de ces kystes, qu'il croit d'origine infectieuse.

M. Pietkiewicz ne juge pas à propos d'abandonner la théorie paradentaire.

M. Cruet : il est probable que l'opérateur, qui a perforé successivement les 4 racines présentées, n'a pas dû faire une antisepsie parfaite du canal, et ce qui est remarquable c'est que l'infection qui a pénétré par la fausse route a déterminé des accidents identiques absolument, soit sous forme d'abcès, soit sous forme de kystes suppurés, à ceux qui se seraient produits par le trajet normal du canal des racines. Des accidents doubles paraissent d'ailleurs s'être développés sur au moins deux des racines présentées. Les fausses routes, dans les cas de dents à pivot, sont très fréquentes, mais il ne faudrait pas croire qu'elles sont toujours suivies d'accidents. Ceux-ci n'ont aucune

Digitized by Google

raison de se produire si l'antisepsie du canal vrai ou faux a été soigneusement assurée, et j'ai pu maintes fois me convaincre que des pivots mal placés d'ailleurs dans ces conditions étaient parfaitement tolérés.

COMMUNICATIONS.

Dr DE GRANDMAISON. — **Adénites et lymphangites cervico-faciales en rapport avec les inflammations septiques de la cavité buccale** (1).

Discussion. — M. le Dr LEMPERT. Je confirme en tous points l'intéressante communication du Dr de Grandmaison.

Celle-ci étant d'ailleurs bien détaillée, il ne me reste qu'à y ajouter quelques mots, principalement au sujet de la dentition de notre petite malade.

Il est évident que le point de départ de la stomatite et de l'adénite consécutive est la grosse molaire inférieure droite. Cette dent, étant atteinte de carie pénétrante, avait ses canaux infectés ; en dehors de l'infection j'ai constaté un décollement de la gencive qui donna naissance à une collection purulente ayant petit à petit envahi la gencive de la deuxième grosse molaire. Ces circonstances, jointes au désir de savoir si réellement la molaire en question était la vraie cause de l'adénite, m'ont décidé de procéder à l'extraction de l'organe incriminé. D'ailleurs le traitement antiseptique entrepris dès le début pour conserver la dent ne donna pas de résultats bien satisfaisants, sans doute à cause de la gingivo-stomatite, qui réduit sensiblement l'effet de ce traitement.

J'avais donc un motif de plus pour supprimer l'organe malade. Huit jours après l'opération, la régression de la glande commença, deux semaines après, ce phénomène était devenu encore plus notable.

La grosse molaire était donc véritablement la cause de l'affection.

Il est vrai que l'adénite aurait pu se produire par la voie buccale par une porte d'entrée autre que la dent cariée, l'erreur de diagnostic était donc possible, vu surtout la situation topographique de la dent infectée. Pour terminer, je tiens à dire quelques mots sur la nature de la dentition de la jeune fille. Ses dents sont d'une coloration opaque d'une friabilité excessive, en un mot ce qu'on appelle une dentition crayeuse.

Je lui ai soigné plusieurs dents atteintes de carie de divers

(1) Voir *Mémoires originaux*, p. 361.

Digitized by Google

degrés. Parmi elles il y avait une petite molaire supérieure droite dont la couronne au bout de trois semaines de traitement s'est brisée de plus de moitié.

Certes, c'est un fait qui doit nous occuper tout particulièrement, nous autres dentistes. D'où vient cette friabilité? Est-elle héréditaire? Nous savons que la mère de la fillette a une dentition déplorable, mais nos renseignements nous permettent d'affirmer que la mère, jusqu'à l'âge de 22 ans, avait sa dentition en parfait état, et ce n'est qu'au moment de sa grossesse que ses dents se sont cariées. Nous ne pouvons donc pas attribuer la mauvaise dentition de la jeune fille à l'hérédité.

Devons-nous aussi chercher les causes dans son état général?

Evidemment il existe peu d'éléments pour tirer des conclusions nettes. Les phénomènes, de nature à démontrer que l'économie générale de l'enfant soit atteinte, vont-ils apparaître? C'est à savoir. Cette question très intéressante demande une étude plus approfondie et ne pourrait être traitée dans ma réponse sommaire.

Je l'abandonne donc: 1 pour ces motifs; 2° comme sortant du cadre de la communication du Dr de Grandmaison.

M. Pierre Sebileau. Les observations que vient de nous lire mon ami le Dr de Grandmaison sont très intéressantes; je les ai écoutées avec d'autant plus de plaisir que j'y ai trouvé la confirmation d'une thèse que j'ai souvent défendue devant mes élèves et que j'ai exposée dans un recueil récemment édité de *Leçons chirurgicales*. Les faits observés par M. de Grandmaison prêtent à deux ordres de considérations: les unes ont trait à la manière dont il convient d'interpréter la genèse des adénomégalies du cou; les autres, au mécanisme de la suppuration des adénopathies cervicales tuberculeuses.

Et d'abord, les adénomégalies. Je ne veux pas rappeler ici les recherches sous lesquelles s'est écroulé, pour laisser place à celui de la tuberculose, l'édifice de la vieille scrofulose; il reste entendu que la plupart des malades atteints de ces engorgements ganglionnaires du cou qu'on considérait autrefois comme la signature de la scrofulose sont, en réalité, frappés de tuberculose de l'appareil lymphatique; mais je dis: la plupart, seulement. Ce serait, en effet, une grosse erreur de croire, ainsi qu'une grosse faute de dire qu'il s'agit dans tous les cas de tuberculose. Pour beaucoup de ces malades je pense que l'adénomégalie n'est pas tuberculeuse, et voici pourquoi: c'est d'a-

Digitized by Google

bord que souvent elle disparaît au bout de quelques mois ou même de quelques semaines d'un traitement médical bien dirigé, ce qui n'est guère le propre des manifestations tuberculeuses ; c'est ensuite que, si vraiment il s'agissait toujours de tuberculose, on ne pourrait expliquer la fréquence relativement très grande des adénites chroniques du cou, par rapport à celles des autres régions, que par l'habitation normale du bacille de Koch dans la cavité bucco-pharyngée, cavité d'où il pénétrerait un jour ou l'autre, à la faveur de quelque solution de continuité (carie dentaire, ulcérations gingivo-labiales), dans l'appareil lymphatique du cou. Or, la bactériologie nous enseigne précisément que ce bacille de Koch ne s'acclimate pas, en règle générale, dans la cavité bucco-pharyngée.

C'est donc, je le répète, ailleurs que dans la tuberculose qu'il faut chercher la cause d'un bon nombre d'adénomégalies du cou, et voici comment il convient de les interpréter. Les unes sont la réaction provoquée dans l'appareil cervico-ganglionnaire par des lésions staphylococciennes chroniques ou à répétition de la peau, du cuir chevelu, de la face et du cou ; les autres sont d'origine buccale (carie dentaire, ulcérations gingivo-linguales), et, comme les précédentes, de nature banale. Les ganglions cervicaux représentent, en effet, la dernière ligne de défense que l'organisme met en œuvre contre les infections de nature bucco-faciale. Chez certains individus, sous l'influence de ce microbisme continu de la bouche et des téguments, et pour des raisons auxquelles nous ne connaissons rien encore (disposition héréditaire spéciale du système lymphatique, moindre résistance à la lutte de ce système lymphatique résultant de la pauvreté d'aliments, d'oxygène, de lumière, et, conséquemment, de la diminution des échanges organiques et de l'insuffisance de la respiration cellulaire, que sais-je encore ?), chez tous les individus, en somme, qu'on appelait autrefois des strumeux et qu'on appelle quelquefois encore aujourd'hui, prenant peut-être l'effet pour la cause, des « lymphatiques », l'appareil ganglionnaire réagit à la longue, s'irrite, se gonfle et s'enflamme : ainsi se développent, dans le pharynx, les végétations adénoïdes ; ainsi, dans la bouche, s'hypertrophient les amygdales ; ainsi, dans le cou, se forment les engorgements des glandes lymphatiques. Certes, ces végétations adénoïdes et ces adénomégalies qui ne sont, au total, que la marque de défaillance d'un appareil débordé par l'infection, le signal de la défaite et la preuve de l'effondrement de la dernière ligne de défense ; certes, toutes ces tuméfactions lym-

Digitized by Google

phatiques, image de la vieille strume, sont bien préparées pour l'inoculation tuberculeuse ; certes, les chances sont grandes pour qu'un jour elles deviennent la proie du bacille de Koch ; mais, je le répète, il existe une période et, quelquefois, sans doute, une période assez longue durant laquelle il s'agit seulement, pour l'appareil lymphatique, d'hypertrophie et de réaction non spécifique. Voilà pourquoi l'on constate chez les malades atteints d'adénomégalies cervicales tant et de si faciles guérisons, et pourquoi l'on dirige contre beaucoup de ces engorgements ganglionnaires du cou tant d'interventions chirurgicales souvent inutiles.

Le second ordre de considérations auxquelles prêtent les faits rapportés par M. de Grandmaison concerne l'influence que peuvent exercer sur les suppurations des tuméfactions ganglionnaires cervicales — qu'elles soient ou non vraiment tuberculeuses — les infections venues de la cavité buccale. Je ne veux pas insister sur ces faits qui sont, pour ainsi dire, banaux ; mais ils ont une telle importance qu'on ne saurait trop, au sein d'une société comme celle-ci, se lasser de répéter qu'il n'est peut-être pas un ganglion du cou qui ne suppure de et par la cavité buccale. Quelle évolution différente de celle que nous avons accoutumé de lui reconnaître, subirait la tuberculose ganglionnaire du cou, si les médecins et les chirurgiens prenaient soin, avant de formuler ou d'opérer, de confier leurs malades à un confrère expérimenté dans l'art dentaire ! Nettoyer la bouche ; supprimer les portes ouvertes à l'infection, c'est enlever à la tuberculose adéno-cervicale la presque totalité de ses chances de suppuration et, par conséquent, diminuer dans une proportion considérable la gravité du pronostic qui s'attache à elle.

M. de Grandmaison. Je reprends la parole après ce que vient de dire mon ami Sebileau pour insister sur les altérations ganglionnaires des scrofuleux. Il me semble que, bien souvent, il est osé de dire que leurs adénopathies sont tuberculeuses ; je crois surtout que ces malades ont des voies lymphatiques particulièrement vulnérables, qui se défendent mal, qui s'infectent facilement, comme paraît le prouver ma deuxième observation. A la dénomination de scrofuleux, je préférerais celle plus vieille et peut-être plus juste de *lymphatiques* ; elle explique plus nettement et l'infection facile et la régression des lésions sous l'influence d'un traitement raisonné.

Les adénopathies et lymphangites cervico-faciales sont d'ailleurs fréquentes au cours des poussées de la dentition ; beau-

Digitized by Google

coup d'enfants présentent des adénites rétro-maxillaires lors de la poussée des dents de lait ; mais il existe toujours alors un état inflammatoire, c'est-à-dire infectieux, bien souvent atténué des gencives.

Je me résumerai en disant que : 1° les accidents de stomato-gingivite peuvent donner lieu à des infections retentissant sur le système lymphatique cervico-facial ; 2° ces mêmes accidents peuvent déterminer des infections secondaires se développant dans des tissus lymphatiques, déjà malades et affaiblis dans leur défense.

M. de Grandmaison ajoute que ses propres enfants ont eu des adénites à l'époque de la sortie des grosses molaires. Il s'explique facilement les accidents plus graves qui arrivent chez les individus qui ont une bouche infectée et ne prennent aucun soin de leur hygiène dentaire.

M. Cruet. M. de Grandmaison a reconnu le point de départ de l'infection : la dent, il n'y a pas de doute.

Les ganglions que nous voyons, nous stomatologistes, procèdent toujours de la voie buccale ; mais, s'il m'arrivait d'être en présence de gros ganglions de l'angle de la mâchoire, et ne rien constater du côté des dents, je me croirais autorisé à dire, ne trouvant pas de porte d'entrée au niveau des dents, qu'ils ont une origine extra-dentaire.

M. Pietkiewicz a observé chez un enfant une première molaire inférieure droite, carie du 4e degré, coïncidant avec une adénite sous-maxillaire ; il n'a pas cru que le point de départ fût dans la dent, et ne pratiqua pas l'avulsion, mais une obturation provisoire. Une saison de bains de mer a guéri l'enfant de son adénite.

M. Cruet remercie M. de Grandmaison de sa très intéressante communication.

Dr Caumartin. — **De la nécrose du maxillaire d'origine non dentaire par infection buccale** (1).

M. le Dr Caumartin rapporte l'observation d'un malade qui a fait le sujet de sa thèse.

M. Pierre Sebileau. La lecture que vient de nous faire notre confrère Caumartin mérite, précisément parce qu'elle est très intéressante, qu'on s'arrête un peu sur l'interprétation qu'il a donnée des phénomènes observés chez son curieux ma-

(1) Voir *Recueil de faits et observations*, p. 375.

Digitized by Google

lade. Un fait me paraît dominer toute l'histoire clinique qu'il nous a dite : c'est l'existence, avant toute autre manifestation, d'un abcès mentonnier. Je me demande donc s'il ne conviendrait pas, au lieu d'incriminer des scarifications qu'en définitive on n'aurait pas pratiquées si quelque état inflammatoire des gencives ne les eût justifiées, je me demande, dis-je, s'il n'y a pas lieu de considérer cette suppuration mentonnière comme la première révélation d'une lésion mandibulaire à marche lente. M. Caumartin pense que l'abcès dont il s'agit n'était pas d'origine osseuse parce qu'il n'a point constaté d'adhérences entre l'os et la trace que cet abcès a laissée sur les téguments ; je dois dire, sans vouloir m'étendre davantage sur ce point de pathologie générale, que ce n'est pas là une raison absolument suffisante. Je serais assez tenté de voir, dans l'observation que vient de nous lire notre confrère, un exemple d'ostéomyélite infectieuse de la mâchoire inférieure (ancienne périostite phlegmoneuse diffuse). Cette ostéomyélite, en effet, n'affecte pas toujours la forme aiguë ; on la voit quelquefois, après une période inflammatoire violente, s'éteindre puis, de temps à autre, et cela pendant des années, survenir sous forme d'accès que calment l'ouverture d'une formation purulente et l'élimination d'un séquestre (ostéomyélite prolongée). Il arrive même, dans certains cas, que, dès le début, les manifestations de l'infection osseuse soient très atténuées et que l'ostéomyélite affecte, dès l'abord, ce qu'on a appelé la marche chronique d'emblée. Je ne serais pas autrement étonné qu'il se fût produit, chez le malade de notre confrère Caumartin, quelque chose d'analogue à ce que nous observons couramment en chirurgie sur les os des membres.

M. Pietkiewicz partage absolument l'avis de M. le Dr Sebileau. Pas n'est besoin d'aller chercher les scarifications de la gencive pour expliquer les désordres survenus chez le malade dont M. Caumartin nous a si bien relaté la très intéressante histoire, mais j'irai plus loin que notre honorable collègue et remontant à la cause même de l'abcès dont l'origine dentaire ne peut faire aucun doute pour tous ceux qui ont quelques années d'expérience derrière eux, je dirai que l'observation de M. le Dr Caumartin est la description la plus frappante, la plus complète, la plus classique même de ces abcès.

Nous savons tous maintenant et depuis déjà assez longtemps qu'il n'est pas nécessaire qu'une dent soit plus ou moins profondément cariée pour que sa racine devienne le siège d'accidents infectieux plus ou moins graves. Cette infection de la

Digitized by Google

pulpe et consécutivement du ligament alvéolo-dentaire a pu être provoquée par une simple fissure de l'émail qui a mis à nu un point de la dentine et a ouvert la porte d'entrée de ses canalicules aux microbes pathogènes.

L'usure du bord libre des incisives qui se fait si rapidement qu'elle existe déjà normalement dès le début de l'âge adulte offre une voie facile à cette marche infectieuse chez un sujet dont le mauvais état général présente un terrain favorable à toutes les cultures et qui, n'ayant aucun souci des soins les plus élémentaires de la propreté et de l'hygiène, laisse accumuler dans sa bouche toutes les graines infectieuses connues. L'empâtement initial du menton sous la région incisive, ensuite la formation de l'abcès en ce point nous permettent d'affirmer sans hésitation possible l'origine dentaire de tous ces accidents qu'à une époque peu reculée, mais que les découvertes positives de la science moderne n'avaient pas encore éclairée, on eût attribués à ce qu'on appelait alors une périostite spontanée.

M. Caumartin. La nécrose a pu être d'origine dentaire au niveau du menton, mais les scarifications profondes ont vraisemblablement causé l'affection.

La séance est levée à 11 heures.

L'un des Secrétaires annuels,
Dr Albert Bloch.

Erratum. — Dans le dernier numéro de la *Revue de Stomatologie* (novembre), page 342, la phrase suivante, qui termine une discussion sur la leucoplasie buccale, à la séance de juillet de la Société de Stomatologie, doit être ainsi rétablie : C'est une affection simple, particulière, peut-être plus identique à elle-même que nous ne croyons, dont nous ne connaissons pas la nature, et qui peut favoriser l'éclosion du cancer ou *trouver un terrain favorable à son développement chez les tuberculeux et les syphilitiques*, etc. — Ce n'est d'ailleurs là qu'une hypothèse que nous formulons.

Digitized by Google

PRATIQUE COURANTE (1).

Un de nos lecteurs, M. Ch. Hotz (D. D. S.), a l'amabilité de nous donner pour ce journal, une formule de gutta-percha qu'il recommande comme étant particulièrement malléable, facile à employer, et qui adhère même dans les cavités qu'il est impossible de sécher.

Elle est aussi excellente pour prendre les empreintes pour la pose des couronnes ou des dents à pivot.

La formule est la suivante :

Gutta-percha noire	10	grammes
Gutta-percha rose	5	—
Cire ordinaire	4	—
Résine	4	—
Oxyde de zinc	30	—
Craie précipitée	5	—

Pour la préparer, faire ramollir d'abord la gutta-percha sur une plaque de métal chauffée sur une flamme; on mélange avec soin la cire, puis la résine; quand ce mélange est terminé, y ajouter par petites quantités l'oxyde de zinc et la craie, en ayant soin de triturer le tout énergiquement pendant au moins une demi-heure. On roule en bâtons la gutta-percha ainsi obtenue, et on l'emploie comme la gutta-percha du commerce.

(1) Nous publions sous ce titre des procédés pratiques, quelquefois nouveaux, souvent déjà connus, mais qu'il y a un intérêt professionnel à répandre. Nous prions instamment nos lecteurs de nous envoyer toutes les choses de pratique courante qui pourraient intéresser leurs coabonnés.

Nous nous ferons aussi un plaisir de répondre aux questions que l'on nous posera sur les incidents de pratique et de donner les renseignements qu'on nous demandera, essayant ainsi d'être utiles à tous.

Digitized by Google

ANALYSES

Tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu. Les adresser au secrétaire de la Rédaction.

Étude des complications de l'ozène, par le Dr E. Peck.

Dans une thèse fort intéressante, le Dr Peck, après avoir consacré une importante étude à la pathogénie de l'ozène, a eu l'heureuse idée de résumer et grouper une série d'observations établissant que cette affection si rebelle ne reste pas toujours entièrement localisée à l'organe nasal, mais peut encore se propager directement aux divers organes qui ont quelque voie de communication avec la cavité des fosses nasales.

C'est ainsi que des complications ozéneuses peuvent atteindre les voies lacrymales et par elles l'organe même de la vision, intéresser également l'ouïe et particulièrement la région mastoïdienne, s'étendre même à l'origine des voies respiratoires et digestives et enfin s'insinuer dans les tissus osseux de la face.

C'est sur cette dernière forme de complications que nous aurions été heureux de nous documenter. Malheureusement sur cette question et en particulier sur les complications de l'ozène intéressant le sinus maxillaire, nous voyons, d'après l'auteur, que les laryngologistes ne sont pas encore près de s'entendre ; tout au moins sont-ils à peu près unanimes à reconnaître que ces complications sinusiennes sont assez rares.

L'unique observation d'un cas d'ozène compliqué d'empyème de l'antre d'Higmore cité par le Dr Peck est empruntée au Dr Hunter Mackensie. Or, du cas rapporté il résulte nettement qu'il y a eu constatation concomitante d'ozène et d'empyème du sinus maxillaire, mais l'observation trop succincte ne permet pas d'établir sûrement quelle a été l'affection initiale.

Quoi qu'il en soit, nous pensons avec l'auteur que la pathologie nasale est assez étroitement liée à la pathologie des sinus maxillaires pour qu'une affection d'ordre aussi certainement parasitaire que l'ozène puisse avoir son retentissement dans les cavités maxillaires.

Dr Ch. Bouvet.

Digitized by Google

NOUVELLES

Dès l'année dernière on avait annoncé que, dans les travaux du Congrès international de médecine (assemblées générales et séances des sections), on pourrait employer une des trois langues, allemande, anglaise ou française. Cette décision du comité d'organisation a soulevé une réclamation de la part de M. le professeur Bacelli, par laquelle le ministre de l'instruction publique en Italie demandait que la langue italienne fût admise au Congrès de 1900, au même titre que l'allemand, l'anglais et le français. Cette proposition étant restée jusqu'ici sans solution définitive, la Société italienne de médecine interne, qui vient de tenir sa réunion annuelle à Rome, a émis le vœu que le gouvernement informe le comité d'organisation du dit Congrès que la participation officielle de l'Italie à la session de Paris est subordonnée à l'admission de l'italien parmi les langues qui pourront être employées au Congrès de médecine de 1900.

Conférence de pathologie générale élémentaire. — M. Achard, agrégé, commencera les conférences de pathologie élémentaire le jeudi 9 novembre 1899, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Ces conférences sont spécialement destinées aux étudiants de première année (nouveau régime).

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale le lundi 6 novembre 1899, à 5 heures (laboratoire de pathologie externe, à l'Ecole pratique) les mercredis et vendredis, à 3 heures, et les lundis, à 5 heures.

Prosectorat de l'amphithéâtre des hopitaux. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Herbet et Dujarier.

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE VOLUME VI

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS (1)

Amoedo (Oscar). — Art dentaire en médecine légale (bibl.), 56. — Sphacèle grave de la bouche, 92, 98. — Etiologie de l'érosion dentaire, 179, 197-200. — Deux cas d'implantation dentaire consolidée, 184, 194, 195. — (*Soc. de Stomatol.*), 34, 36, 344.

Aynaud. — Voy. Klippel.

Ballet (Gilbert). — Névralgie faciale épileptiforme ; traitement, 280.

Balzer. — Lymphangiome de la langue, 25. — Glossite syphilitique, 244.

Barrett (W.-C.). — Oral pathology and practice,... handbook for dental practitioners (bibl.), 159.

Barthélemy. — Coup d'œil sur les glossopathies, sur quelques-unes de leurs formes chroniques, notamment sur la leucoplasie, 218, 341.

Baudoin. — Ostéopériostite orbitaire consécutive à une sinusite maxillaire d'origine dentaire. Etude séméiologique de l'exophtalmie (rapport à la *Soc. d'ophtalm.*, par Alb. Péchin), 239.

Besson. — Eruption des dents temporaires ; mécanisme, accidents, 257 — (*Soc. de Stomatol.*), 195.

Bettremieux. — Névralgies et tics de la face dans leurs rapports avec un état pathologique des voies lacrymales, 305.

Blocq (Albert). — Suggestion et anesthésie dans les extractions dentaires, 265. — (*Soc. de Stomatol.*), 150, 398.

Bonwill (W. G. A.). — *Nécrologie*, 360.

Bouchacourt (L.). — Utilisation des rayons de Rœntgen en stomatologie, 104. — Présentation d'un nouveau matériel radiographique:

(1) Les chiffres renvoient aux pages.

Digitized by Google

bobine à un seul pôle actif ; tube de Crookes maniable et inoffensif, pouvant être tenu à la main, placé en contact avec le visage ou introduit dans la cavité buccale ; fluoroscopes rationnels, 117.

Bourdet. — L'art du dentiste (1786) : Traitement de la pyorrhée alvéolaire, 223.

Bouvet (Ch.). — Analyses, 49, 257, 354, 407 — (*Soc. de Stomatol.*), 152.

Bouyer (J.). — Proposition à propos de l'anesthésie locale en chirurgie dentaire, 204.

Cahen. — Œsophagotomie combinée avec la thyroïdectomie, 203.

Caubet (H.) et **Druault** (A.). — Méningite et phlegmon de l'orbite due à une polysinusite d'origine dentaire, 350.

Caumartin. — Nécrose du maxillaire d'origine non dentaire par infection buccale, 375. — (*Soc. de Stomatol.*), 150, 403, 405.

Chastrey (H.). — Hygiène de la bouche chez les nègres d'Afrique, 353.

Chompret. — Dent d'Hutchinson, 57, 103. — Zona buccal, 184. — (*Soc. de Stomatol.*), 29, 31, 35, 101, 103, 105, 200, 201, 341, 344, 359, 397.

Cockbrune (Joseph). — Quelques usages pratiques du métal fusible, 294.

Coffinas. — Recherches cliniques et microscopiques sur la séméiologie de la langue, 259.

Comby. — Scorbut infantile, 51.

Cruet (L.). — Avant-propos, 1. — Discours (*Soc. de Stomatol.*), 26. — Dent de sagesse, extraction (*Soc. de Stomatol.*), 30-37. — Transplantations de dents (photographie de tableau anglais), 36. — Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche (bibliogr.). — Services dentaires hospitaliers, 94. — Pathogénie des accidents de la dentition, 169. — Appareil de contention pour les dents greffées, 235. — Réponse au Dr Bouyer (cocaïne), 261. — Lettre sur l'enseignement dentaire en France, à M. le Dr Z., 269. — (*Soc. de Stomatol.*), 98, 100, 103, 106, 156, 193-196, 200, 201, 341-344, 396-398, 403.

Cruet (Robert). — Incubation de la varicelle (stomatite) (bibliogr.), 307.

Damians (Adolfo). — Contribucion al estudio odontologico (bibliogr.), 163.

Decréquy. — Note sur les inconvénients du formol, 146. — Anesthésie générale par l'éther pour l'extraction des dents, 280. — (*Soc. de Stomatol.*), 34.

Delobel. — Stomato-glossite herpétiforme antipyrinique, 351.

Delucq. — Ostéo-myélite du maxillaire inférieur et ses rapports avec la dentition (bibliogr.), 162.

Druault (A.). — Voy. Caubet.

Duchein. — Analyse, 47.

Dumont. — (*Soc. de Stomatol.*), 99, 100.

Dumont et **Legrand** (A.). — La nirvanine ; emploi en stomatologie comme anesthésique local, 62.

Digitized by Google

Duvoisin. — Ligatures artérielles dans le traitement du cancer de la langue (bibliogr.), 355.
Faré. — (*Soc. de Stomatol.*), 340.
Flin. — Traitement de la sinusite maxillaire par l'insufflation de nitrate d'argent en poudre, 246.
Ferrier. — (*Soc. de Stomatol.*), 155, 193, 196, 342.
Frey. — Accident grave local de l'éruption d'une dent de lait, 35, 36.
Fricke (Ch.). — Cancer des lèvres, 251.
Frivigno (Cayetano). — *Nécrologie*, 216,
Gaillard. — (*Soc. de Stomatol.*), 29, 103, 195, 196, 344.
Gallardo. — (*Soc. de Stomatol.*), 150.
Gaumeray (Maurice). — Tic douloureux de la face (bibliogr.), 213.
Gires (Paul). — Cas de résorption de deux racines d'une seconde molaire supérieure vivante chez un adulte (*Soc. de Stomatol.*), 328, 343. — Les lois dentaires (Etats-Unis, Etat de New-York, loi dentaire anglaise), 333. — Enseignement dentaire aux Etats-Unis, 53. — Instruction dentaire à l'étranger (Ecole dentaire de Guy's Hospital à Londres), 384. — Réunion annuelle de la société dentaire américaine d'Europe (Bruxelles, 7-9 août 1889), 285. — Premier congrès odontologique espagnol (Barcelone, 24-28 septembre 1899), 345. — (*Soc. de Stomatol.*), 34, 99, 196, 198.
Goeppert. — Anesthésiques dans la stomatite des enfants, 303.
Gourc. — Lettre sur l'emploi de la cocaïne pour les extractions, 275. — (*Soc. de Stomatol.*), 30, 32, 34, 35, 98-100, 398.
Grandmaison (de). — Actinomycose des maxillaires, 113. — Adénites et lymphangites cervico-faciales en rapport avec les inflammations septiques de la cavité buccale (*Soc. de Stomatol.*), 361, 399.
Hugenschmidt. — (*Soc. de Stomatol.*), 29.
Hutinel. — Traitement du muguet chez le nouveau-né, 245.
Imbert. — (*Soc. de Stomatol.*), 34.
Kissel. — Nouvelle méthode pour le traitement de la stomatite ulcéreuse, 302.
Klautsch. — Noma, 304.
Klippel et **Aynaud.** — Paralysie faciale zostérienne, 304.
Krasnobaieff (T. P.). — Trois cas de pseudo-actinomycose chez les enfants (*Soc. de Pédiatrie de Moscou*), 249.
Lafforgue. — L'art du dentiste (1802) : greffes des dents sèches, 254.
Legrand (A.). — Stérilisation des solutions de cocaïne (*Soc. de thérap.*), 246. — Voy. Dumont.
Lemoine (G.). — Traitement des manifestations buccales de la grippe 243.
Lempert. — (*Soc. de Stomatol.*), 29, 399.
Lenz. — Eau oxygénée contre la stomatite mercurielle (bibliogr.), 209.
Lichtwitz. — Disproportion entre la fréquence des empyèmes des cavités accessoires du nez sur le vivant et sur le cadavre, 303.
Lucius (Charles). — Diagnostic des abcès du sinus maxillaire (bibliogr.), 159. — (*Soc. de Stomatol.*), 97.

Digitized by Google

Mainguy. — (*Soc. de Stomatol.*), 397.
Meyjes (Posthumus). — Cas de dent inversée dans les fosses nasales (bibliogr.), 210.
Mikailoff. — Ankylose de la mâchoire inférieure, 351.
Nicolesco — Pyorrhée alvéolaire (observation), 379. — (*Soc. de Stomatol.*), 340.
Nuitz. — (*Soc. de Stomatol.*), 397.
Péchin (Alph.). — Voy. Baudoin.
Peck. — Complications de l'ozène (bibliogr.), 407.
Pernot (P.). — (*Soc. de Stomatol.*), 397.
Perthes. — Etiologie du noma (*Soc. all. de chirurg.*), 202.
Petit (Georges). — Erosion dentaire et tuberculose (bibliogr.), 209. — (*Soc. de Stomatol.*), 33, 340.
Pietkiewicz. — (*Soc. de Stomatol.*), 29-32, 98, 100, 102, 105, 148, 150, 155, 194, 200, 398, 403, 404.
Philipp. — Obturation à la gutta-percha avec interpositions métalliques (bibliogr.), 247.
Pitsch. — (*Soc. de Stomatol.*), 343.
Pont. — (*Soc. de Stomatol.*), 195.
Ransohoff. — Décortication de la langue dans le traitement du psoriasis lingual, 250.
Redier (J.). — Traitement de la carie dentaire [et formulaire], 5, 67, 125. — Essai de classification des arthrites alvéolo-dentaires, 318, 366.
Richer. — (*Soc. de Stomatol.*). 101, 155.
Robin (Pierre). — Rôle de la mastication et du sac folliculaire dans l'ascension des dents (bibliogr.), 211. — Pathogénie de la pulpite aiguë consécutive à une obturation intempestive, 313. — (*Soc. de Stomatol.*), 34, 196.
Rodier (H.). — Procédé rapide pour enlever les amalgames, 41. — Une extraction compliquée (*Soc. de Stomatol.*), 100, 142. — Accident de dent de sagesse dû à un odontome radiculaire volumineux. Extraction difficile ; guérison, 330. — (*Soc. de Stomatol.*), 29, 36, 37, 98-100, 102, 103, 106, 155, 194, 196.
Rousseau (L.). — Contribution à l'étude de l'innervation des muscles du voile du palais (bibliogr.), 259.
Sainter. — Etiologie du noma (*Soc. all. de chirurg.*), 203.
Sajous (Ch.-E. de M.). — Annual and analytical cyclopædia of practical medicine (bibliogr.), 110.
Saussine. — (*Soc. de Stomatol.*), 29, 102, 195.
Sauvez (E.). — Intervention dans les cas d'abcès et de fluxion (bibliogr.), 109. — (*Soc. de Stomatol.*), 29, 30, 32, 343.
Sebileau (Pierre). — Deux observations de gangrène grave de la bouche, 14. — (*Soc. de Stomatol.*), 30-33, 105, 106, 195, 197, 400, 403.
Segond. — Œsophagotomie pour l'ablation d'un râtelier (*Soc. de chirurg.*), 243.
Smith (F. Milton). — Traitement sûr des canaux radiculaires, 44.

Digitized by Google

Spokes (S.). — Traitement des dents pendant la vie scolaire (bibl.), 357.

Stockman (Ralph). — Causes de la nécrose phosphorée chez les allumettiers (bibliogr.), 160.

Stubonbanch (Von). — Recherches expérimentales sur la nécrose phosphorée (*Soc. all. de chirurg.*), 202.

Talbot (Eugène S.). — Gingivite interstitielle, ou pyorrhée alvéolaire (bibliogr.), 354.

Tellier (J.). — Des lésions des dents et de la muqueuse gingivale dans les diverses diathèses (bibliogr.), 49.

Terrier. — De l'influence de la grossesse sur les dents, 210.

Zentler (Arthur). — Observation à propos de l'influence de la grossesse sur les tissus buccaux chez la femme anémique, 21. — (*Soc. de Stomatol.*), 32, 33.

Digitized by Google

Digitized by Google

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Abcès. — Intervention (*Sauvez*) (bibliogr.), 109. — Voy. Sinus.
Actinomycose (Pseudo-). — Trois cas chez les enfants (*Krasnobaieff*), 249. — Voy. Maxillaire.
Adénite. —Voy. Cervico-faciale.
Alliages fusibles à basse température, 43.
Alvéolaire. — Voy. Gingivite, Pyorrhée.
Alvéolo-dentaires (Arthrites). — Essai de classification (*J. Redier*), 318, 366.
Amalgames. — Formules, 107. — Procédé pour les enlever (*Rodier*), 41. — Dernières recherches et expériences (*Kissel*), 300.
Analgésie dans les cas de dentine sensible, 207 ; — localisée (*G. Pouchet*) (bibliogr.), 211.
Anésone. — Voy. Stomatite.
Anesthésie locale en chirurgie dentaire (*J. Bouyer*), 204 ; — générale par l'éther pour l'extraction des dents (*Decréquy*), 280. — Voy. Extraction, Nirvanine, Stomatite.
Antipyrine. — Voy. Glossite, Stomatite.
Antre d'Higmore. — Voy. Maxillaire.
Appareils de caoutchouc, dont les surfaces n'ont besoin que d'un très léger polissage, 42 ; — de contention pour les dents greffées (*Cruet*), 235.
Art dentaire en médecine légale (*O. Amoedo*) (bibliogr.), 56 : — Extraits de l'*Art dentaire* par *Bourdet* (1786), 253 ; — par *Lafforgue* (1802), 254.
Arthrites. — Voy. Alvéolo-dentaires.
Assistants des services dentaires. — Voy. Hôpitaux.
Avant-propos, 1.
Bouche d'un enfant de quinze ans (*Gourc*), 34 ; — Gangrène grave : deux observations (*P. Sebileau*), 14, 30 ; — Hygiène (*Gourc*), 309 ; — Hygiène et thérapeutique des maladies (*Cruet*) (bibliogr.), 47 ; — Hygiène chez les nègres d'Afrique (*Chastrey*), 324 ; — Sphacèle grave (*O. Amoedo*), 92; — Zona (*Chompret*), 184. — Voy. Cervico-faciale, Grippe, Grossesse, Maxillaire, Noma, Stomatite.
Brosse à dents. — Voy. Bouche (hygiène).
Canaux radiculaires. — Traitement (*P. Milton Smith*), 44 ; — Obturation (*Trallero*), 308.
Cancer. — Voy. Langue, Lèvres.

Digitized by Google

Carie dentaire. — Voy. Dents.
Cécité résultant de l'implantation trop serrée des dents, 305.
Cervico-faciales (adénites et lymphangites) en rapport avec les inflammations septiques de la cavité buccale (*de Grandmaison*), 362, 399, 402, 403 ; (*Lempert*), 399 ; (*Sebileau*), 400.
Chirurgie dentaire. — Voy. Anesthésie.
Cocaïne. — Stérilisation des solutions (*Legrand*), 246 ; réponse au Dr Bouyer (*L. Cruet*), 260 ; — associée aux applications de nitrate d'argent en ophtalmologie (*Saalfeld*), 352. — Voy. Anesthésie, Extraction.
Daviers. — (*Lempert*), 29 ; (*Saussine*), 195.
Dents. — Carie ; traitement (formulaire) (*J. Redier*), 5, 67, 141 ; — d'Hutchinson (*Chompret*), 57 ; — de cochon : transformation artificielle(trad. par *Bloch*), 256 ; — de lait : éruption, accident grave local (*Frey*), 35, 36 ; — de sagesse : accident dû à un odontome radiculaire volumineux ; extraction difficile, guérison (*H. Rodier*), 330 ; évolution anormale,29 ; — deux cas d'implantation consolidée (*O.Amoedo*), 189 ; — ascension : rôle du sac folliculaire et de la mastication (*P. Robin*) (bibliogr.), 211 ; — greffées : appareil de contention (*Cruet*), 235 ; — sèches : greffes (*Lafforgue*), 254 ; — inversée dans les fosses nasales (*Posthumus Meyjes*) (bibliogr.), 210 ; — éruption : mécanisme et accidents (*Besson*) (bibliogr.), 257 ; — traitement pendant la vie scolaire (*S. Spokes*), 357 ; — Voy. Anesthésie, Carie, Cécité, Dentition, Diathèses, Enseignement, Erosion, Extraction, Grossesse, Odontologie, Sinusite.
Dentine sensible. — Analgésie, 207.
Dentistes. — Voy. Art dentaire, Ecoles, Enseignement, Hopitaux, Lois.
Dentition. — Pathogénie des accidents (*Cruet*), 169. — Voy. Maxillaire.
Diathèses. — Lésions des dents et de la muqueuse gingivale (*J. Tellier*) (bibliogr.), 49.
Eau oxygénée. — Voy. Stomatite.
Ecarteurs. — 157.
Ecole dentaire à Lyon, 164. — Voy. Enseignement.
Ecoles. — Voy. Dents.
Empyème des cavités accessoires du nez : disproportion entre la fréquence sur le vivant et sur le cadavre (*Lichtwitz*), 303. — Voy. Maxillaire.
Enfants. — Voy. Actinomycose, Bouche, Dents, Maxillaire, Nouveau-né, Scorbut, Stomatite.
Enseignement dentaire en France ; lettre à M. le Dr Z. (*Cruet*), 269 ; — aux Etats-Unis d'Amérique ; rapport de mission (*P. Gires*), 53 ; — à l'étranger (Ecole dentaire de Guy's Hospital à Londres) (*P. Gires*), 384. — Voy. Lois.
Erosion dentaire. — Etiologie (*O. Amoedo*), 179 ; — et tuberculose (*G. Petit*), 209.

Digitized by Google

Eruption. — Voy. Dents.
Ether. — Voy. Anesthésie, Extraction.
Extraction des dents : anesthésie générale (*Decréquy*), 280 ; — emploi de la cocaïne (*Gourc*), 275 ; — Suggestion et anesthésie (*A. Bloch*), 265 ; — compliquée (*H. Rodier, Soc. de Stomatol.*), 100, 142.
Face. — Paralysie zostérienne (*Klippel* et *Aynaud*), 304 : —névralgies et tics dans leurs rapports avec un état pathologique des voies lacrymales (*Bettremieux*), 305 ; — Névralgie épileptiforme ; traitement (*G. Ballet*), 250 ; — tic douloureux (*M. Gaumeray*) (bibliogr.), 213. — Voy. Cervico-faciale.
Fluxion. — Intervention (*Sauvez*) (bibliogr.), 109.
Folliculaire (Sac). — Voy. Dents.
Formol. — Inconvénients (*Decréquy*), 146.
Gangrène. — Voy. Bouche, Nécrose, Noma.
Gencives. — Lésions de la muqueuse. — Voy. Diathèses, Gingivites.
Gingivite essentielle ou pyorrhée alvéolaire (*E. S. Talbot*), 354. — Voy. Pyorrhée.
Glossite syphilitique (*Balzer, Barthélemy, A. Fournier, Hallopeau* ; *Soc. de dermatol. et syphil.*), 244. — Voy. Langue, Stomato-glossite.
Glossopathies. — Quelques-unes de leurs formes chroniques, notamment la leucoplasie (*Barthélemy* ; *Soc. de Stomatol.*), 134, 218.
Greffes. — Voy. Dents.
Grippe. — Traitement des manifestations grippales (*G. Lemoine*), 243.
Grossesse.— Influence sur les tissus buccaux chez la femme anémique (*A. Zentler*), 21 ; sur les dents (*Terrier*) (bibliogr.), 210.
Gutta-percha. — Formule (*Holz*), 406. — Voy. Obturation.
Hôpitaux. — Services dentaires (*Cruet*), 94 ; — Assistants, 283, 357 ; — Services d'oto-rhino-laryngologie, 358.
Hygiène. — Voy. Bouche, Dents.
Instruction dentaire. — Voy. Enseignement.
Instruments. — Stérilisation constante, 352.
Iodoformogène (*Joffé*), 353.
Langue. — Lymphangiome (*Balzer*), 25 : — Décortication dans le traitement du psoriasis lingual (*Ransohoff*), 250 ; — Séméiologie : recherches cliniques et microscopiques (*Coffinas*) (bibliogr.), 259 ; — Cancer ; traitement ; ligatures artérielles (*H. Duvoisin*) (bibliogr.),355. — Voy. Glossites, Glossopathies, Stomato-glossites.
Langue de carpe (*Lempert*), 29.
Leucoplasie. — Voy. Glossopathies.
Lèvres. — Cancer (*Fricke*), 251.
Lois dentaires : Etats-Unis, Etat de New-York : loi anglaise (*P. Gires*), 333.
Lymphangiome. — Voy. Langue.
Lymphangites. — Voy. Cervico-faciales.

Digitized by Google

Mâchoire inférieure ankylosée (*Mikailoff*) (bibliogr.), 351. — Voy. Maxillaires, Nécrose.
Mastication. — Voy. Dents.
Maxillaires. — Actinomycose (*de Grandmaison*), 113 ; — nécrose d'origine non dentaire par infection buccale (*Caumartin*), 375, 403 ; — inférieur : ostéomyélite : rapports avec la dentition (*Delucq*) (bibliogr.), 162 ; — supérieur : tuberculose simulant un empyème de l'antre d'Highmore chez les enfants, 350. — Voy. Machoire, Nécrose, Sinus, Sinusite.
Médecine légale. — Voy. Art dentaire.
Méningite. — Voy. Sinusite.
Mercure. — V. Stomatite.
Métal fusible ; quelques usages pratiques (*Cockbrune*), 294.
Muguet. — Traitement chez le nouveau-né (*Hutinel*), 245.
Muqueuse gingivale. — Voy. Diathèses, Gencives.
Nécrose phosphorée des mâchoires chez les allumettiers ; causes (*Ralph Stockman*) (bibliogr.), 160 ; expérimentales (*Von Stubonbanch*), 202 ; — Voy. Maxillaire.
Névralgies. — Voy. Face.
Nez. — Voy. Dents, Empyème.
Nirvanine. — Emploi en stomatologie, comme anesthésique local (*Dumont et A. Legrand*), 63.
Noma (*Klautsch*), 304 ; — Etiologie (*Perthes*), 202 ; (*Sainter*), 203. — Voy. Bouche.
Nouveau-né. — Traitement du muguet (*Hutinel*), 245.
Obturation à la gutta-percha avec interpositions métalliques (*Philipp*), 247. — Voy. Pulpite.
Odontologie. — (*Damians*) (bibliogr.), 163. — Voy. Art dentaire, Dentistes.
Odontomes. — Voy. Dents.
Œsophagotomie combinée avec la thyroïdectomie (*Cahen*), 203. — Voy. Ratelier.
Orbite. — Voy. Sinusite.
Orthoforme. — Voy. Stomatite.
Ostéomyélite. — Voy. Sinusite.
Ostéo-périostite. — Voy. Sinusite.
Oto-rhino-laryngologie. — Voy. Hopitaux.
Ozène. — Complications (*E. Peck*) (bibliogr.), 407.
Phosphore. — Voy. Nécrose.
Pierres à huile. Nettoyage, 43.
Polysinusite. — Voy. Sinusite.
Psoriasis. — Voy. Langue.
Pulpite aiguë consécutive à une obturation intempestive ; pathogénie (*P. Robin*), 313.
Pyorrhée alvéolaire (*Nicolesco*), 379 ; traitement (*Bourdet*), 253. — Voy. Gingivite.
Racines. — Voy. Canaux, Dents, Résorption.

Digitized by Google

Radiographie. — Utilisation des rayons de Rœntgen en stomatologie (*Bouchacourt* ; *Soc. de Stomatol.*), 104. — Présentation d'un nouveau matériel ; bobine à un seul pôle actif ; tube de Crookes, maniable et inoffensif... ; fluoroscopes rationnels (*L. Bouchacourt*), 117.

Râtelier. — Œsophagotomie pour son ablation (*Segond*, *Reclus*, *Lucas-Championnière*, *Poirier* ; *Soc. de chirurg.*), 243.

Rayons de Rœntgen. — Voy. Radiographie.

Résorption de deux racines d'une seconde molaire supérieure vivante, chez un adulte (*P. Gires*), 328, 343.

Scorbut infantile (*Comby*) (bibliogr.), 51.

Sinus maxillaire ; abcès, diagnostic (*Lucius*) (bibliogr.), 159.

Sinusite maxillaire. — Traitement par l'insufflation de nitrate d'argent en poudre (*Fein*), 246 ; — d'origine dentaire ; ostéopériostite de l'orbite consécutive ; étude séméiologique de l'exophtalmie (*Baudoin ; Soc. d'ophtalm.* ; rapport par *A. Péchin*), 239. — Polysinusite d'origine dentaire ; méningite et phlegmon de l'orbite (*H. Caubet* et *A. Druault*) (bibliogr.), 350.

Sphacèle. — Voy. Bouche.

Stérilisation constante des instruments, 352.

Stomatite mercurielle ; eau oxygénée (*Lenz*) (bibliogr.), 209 ; — ulcéreuse : nouvelle méthode de traitement (*Kissel*), 302 ; — des enfants ; emploi des anesthésiques (anésone et orthoforme) (*Goeppert*), 303. — Voy. Grippe, Varicelle.

Stomato-glossite herpétiforme antipyrinique (*Delobel*), 351.

Suggestion. — Voy. Extraction.

Syphilis. — Voy. Glossite.

Thyroïdectomie. — Voy. Œsophagotomie.

Tics. — Voy. Face.

Transplantation. — Voy. Dents.

Tuberculose. — Voy. Erosion, Maxillaires.

Varicelle. — Incubation [stomatites varicelleuses] (*R. Cruet*) (bibl.), 307.

Voile du palais. — Innervation des muscles (*L. Rousseau*) (bibl.), 259.

Zona. — Voy. Bouche, Face.

Mémoires originaux, 5, 14, 57, 62, 67, 113, 117, 125, 169, 179, 184, 217, 235, 265, 313, 318, 361, 366.

Recueil de faits et observations, 21, 92, 143, 146, 189, 280, 328, 375, 379.

Pratique courante, 107, 157, 207, 308, 406.

Société de Stomatologie (*Comptes-rendus*), 26-33 (janvier 1899 ; par *Gourc*) ; 33-37 (février ; *Gourc*) ; 97-100 (mars ; *Gourc*) ; 101-106 (avril;

Digitized by Google

Chompret et *Lucius*) ; 148-156 [**Statuts**, 152-156] (mai ; *Bouvet*) ; 112, 193-201 (juin ; *Blocq*) ; 340-344 (juillet ; *Lucius*) ; 396-405 (octobre ; *Albert Bloch*).

Congrès. — XIIIe congrès international de médecine (2-9 août 1900, à Paris), section de Stomatologie, 39, 165, 263, 311, 408. — Congrès dentaire international de 1900 (Paris, 8-13 août), 40. — IIe congrès national odontologique de Russie (Saint-Pétersbourg, 10-15 juillet 1899), 53 ; compte rendu par *J. Ockinsic*, 290. — XIIIe congrès de l'Association française de chirurgie (Paris, 16-21 octobre 1899), 310. — Réunion annuelle de la Société dentaire américaine d'Europe (Bruxelles, 7-9 août 1899), C. R., par *P. Gires*, 285. — Ier congrès odontologique espagnol (Barcelone, 24-28 septembre 1899), 111, 263 ; C. R., par *P. Gires*, 345.

Nouvelles, 52, 111, 164, 215, 262, 310, 357, 408.

Nécrologie, *C. Frivigno*, 216 ; *W.-G.-A. Bonwill*, 360.

Bibliographie (analyses), par *Bouvet*, *Duchein*, *P. Gires*, *H. Minet*, etc.), 47, 49, 56, 109, 159, 209, 257, 307, 355, 407.

Figures, 59, 60, 114. 115, 145, 191, 236, 331.

Imp. J. Thevenot. Saint-Dizier (Haute-Marne).

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

2 gal.
309

Digitized by Google

3

Digitized by Google